

Année 1959

N°

968

THESE
pour le
DOCTORAT en MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

PINGOUD Micheline Renée

née le 19 Mars 1931 à BEAUNE - (Côte d'Or)

Présentée et soutenue publiquement le 10 Décembre 1959

TRAUMATISES CRANIENS ET RECLASSEMENT PROFESSIONNEL
ETUDE DE 256 DOSSIERS
TRAITES AU CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL
DE LA CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REGION PARISIENNE
AU COURS DES ANNEES 1957 & 1958

Président : Mr DESOILLE, Professeur

LISTE DES PROFESSEURS



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBIN (A.), BENARD (H.), BROCC (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.)
 CHABROL (E.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.),
 GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LAUBRY (C.), LEVY-SOLAL (E.),
 LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.)
 MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHT (C.),
 STROHL (A.), TANON (L.), VELTER (E.),

D O Y E N

Léon BINET

Membre de l'Institut

A S S E S S E U R

Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.	
Anatomie	CORDIER	(G.)
Anatomie (<i>Chaire à titre personnel</i>)	DELMAS	(A.)
Anatomie pathologique	DELARUE	(J.)
Anesthésiologie	BAUMANN	(J.)
Bactériologie	FASQUELLE	(R.)
Biochimie médicale	JAYLE	(M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT	(P.)
Biologie médicale	FAUVERT	(R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD	(J.)
Clinique carcinologique (<i>Inst. G. Roussy</i>)	REDON	(H.)
Clinique cardiologie (<i>Broussais</i>)	MOUQUIN	(M.)
Beaujon	SICARD	(A.)
Cochin	QUENU	(J.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	Saint Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique		
(<i>Enfants-Malades</i>)	FEVRE	(M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (<i>Cochin</i>)	MERLE D'AUBIGNE	(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (<i>Broussais</i>)	GAUDART-D'ALLAINES	(F.)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (<i>Laënnec</i>)	MATHEY	(J.)
Clinique endocrinologique (<i>Pitié</i>)	DECOURT	(J.)
Clinique génétique médicale (<i>Enfants-Malades</i>)	LAMY	(M.)
Clinique gynécologique (<i>Broca</i>)	FUNCK-BRENTANO	(P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (<i>St. Louis</i>)	DEGOS	(R.)
Clinique des maladies des enfants (<i>Enfants-Malades</i>)	CATHALA	(J.)
Clinique des maladies infectieuses (<i>Claude-Bernard</i>)	MOLLARET	(P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (<i>Ste Anne</i>)	DELAY	(J.)
Clinique des maladies métaboliques (<i>Necker</i>)	HAMBURGER	(J.)
Clinique des maladies du sang (<i>Broussais</i>)	MARCHAL	(G.)
Clinique des maladies du système nerveux (<i>Salpêtrière</i>)	ALAJOUANINE	(T.)
Broussais	GENNES	(L. de)
Cochin	JUSTIN BESANCON	(L.)
Hôtel-Dieu	BARIETY	(M.)
Cliniques médicales Lariboisière	SOULIE	(P.)
Pitié	DREYFUS	(G.)
Saint Antoine	KOURILSKY	(R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (<i>Bichat</i>)	DEBRAY	(C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY	
	RADOT	(L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (<i>Hôtel-Dieu</i>)	DEROT	(M.)
Clinique de neuro-chirurgie (<i>Pitié</i>)	PETIT-DUTAILLIS	(D.)
Baudeloque	LACOMME	(M.)
Cliniques obstétricales Port-Royal	N...	
Tarnier	VARANGOT	(J.)
Clinique ophtalmologique (<i>Hôtel-Dieu</i>)	RENARD	(G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (<i>Lariboisière</i>)	AUBRY	(M.)
Clinique de pédiatrie sociale (<i>Enfants-Malades</i>)	MARIE	(J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (<i>Laënnec</i>)	BERNARD	(E.)
Clinique psychiatrique infantile (<i>Salpêtrière</i>)	MICHAUX	(L.)
Clinique de puériculture (<i>Saint Vincent de Paul</i>)	LELONG	(M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (<i>Cochin</i>)	COSTE	(F.)
Clinique stomatologique (<i>Pitié</i>)	DECHAUME	(M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (<i>Vaugirard</i>)	SENEQUE	(J.)
Clinique thérapeutique médicale (<i>Saint Antoine</i>)	LEMAIRE	(A.)
Clinique urologique (<i>Cochin</i>)	FEY	(B.)
Electrophysiologie médicale (<i>Chaire à titre personnel</i>)	DJOURNO	(A.)
Embryologie	GIROUD	(A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...	
Histologie	VERNE	(J.)
Hygiène des collectivités (<i>Chaire à titre personnel</i>)	DEPARIS	(M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (<i>Trousseau</i>)	TURPIN	(R.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556009_0029

	MM.	
Hygiène et médecine préventive	JOANNON	(P.)
Médecine du Travail	DESOILLE	(H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE	(R.)
Parasitologie	GALLIARD	(H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE	(H.)
Pathologie exotique	LAVIER	(G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE	(J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (Chaire à titre personnel)	MERKLEN	(F. P.)
Pathologie médicale	N...	
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN	(R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL	(J.)
Physiologie	BINET	(L.)
Physiologie (Chaire à titre personnel)	BARGETON	(D.)
Physique médicale	DOGNON	(A.)
Radiologie médicale	DESGREZ	(H.)
Technique chirurgicale	PATEL	(J.)
Thérapeutique	BROUET	(G.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

	MM.	
Anatomie	CABROL	(C.)
	COUINAUD	(C.)
	OLIVIER	(G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS	
	(M ^{le} P) Pr. s. ch.	
	BUSSER	(F.)
	GOUYGOU	(Ch.)
	ORCEL	(L.)
	PAILLAS	(J.)
Anesthésiologie	COURC'H	(G.)
Bactériologie	NEVOT (A.) pr. s. ch.	
	BARBIER	(P.)
	CHRISTOL	(D.)
	TOURNIER	(P.)

MM.

Biochimie médicale	DEGREZ (P.) pr. s. ch. POLONSKI (J.) m. conf. SCHAPIRA (G.) m. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F.) m. conf.
Carcinologie	DENOIX (P.) MATHE (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) pr. s. ch. HADENQUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)

	MM.	
	GRANJON	(A.)
	HERVET	(E.)
	LE LORIER	(G.)
Obstétrique	MORIN	(P.)
	MUSSET	(R.)
	ROBEY	(M.)
	TROYER-ROZAT	(J.)
Ophthalmologie	BREJEAT	(P.)
	SARAUX	(H.)
Orthopédie	JUDET	(R.)
	RAMADIER	(J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN	(J.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)	pr.s. ch.
	CHABAUD	(A.)
	BARCAT	(J.)
	BINET	(J.P.)
	GAUCHOIX	(J.)
	CHATELIN	(C.L.)
	DUBOST	(Ch.)
	DUBOST	(Cl.)
	FAUREL	(J.)
Pathologie chirurgicale	FLABEAU	(F.)
	GERMAIN	(A.)
	LAURENCE	(G.)
	LORTAT-JACOB	(J.L.)
	LOYGUE	(J.)
	MERCADIER	
	PERROTIN	(J.)
	ROBERT	(H.)
	THOMERET	(G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER	(J.)

MM.

Pathologie expérimentale

CROSNIER (J.)
 HARTMANN (L.)
 LOEPER
 MAURICE (J.)
 PLAS (F.)
 RICHEL (G.)

AUSSANNAIRE (M.)
 BOUR (H.)
 BOUVIER (J.)
 BOUVRAIN (Y.)
 BRICAIRE (M.)
 BRISSAUD (H.)
 BRODARD (H.)
 BUGE (A.)

Pathologie médicale

CASTAIGNE (P.) m. conf.
 CATINAT (J.)
 CONTAMIN (F.)
 COURY (C.)
 FREZAL (J.)
 HOUSSET (E.)
 LAROCHE (Cl.)
 LESOBRE (R.)
 MAGREZ (C.)
 NICK (J.)
 PEQUINOT (H.) m. conf.
 ROYER (P.)
 WOLFROMM (R.)

Pédiatrie Puériculture

JOSEPH (R.)
 MANDE (R.)
 MOZZICONACCI (P.)
 POLONOVSKI (C.)
 SASSER (A.)

Pharmacologie

LEVY (M. J.) pr. s. ch.
 BOISSIER (J.)
 LECHAT (P.)

Physiologie

PARROT (J.) pr. s. ch.
 DEJOURS (P.)

Physiologie médicale

GOUGEROT (L.) m. conf.

Pneumo phtisiologie

KREIS (B.)

	MM.	
Psychiatrie	PICHOT	(P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE	(D.)
Rhumatologie	DELBARRE	(F.)
	CERNEA	(P.)
Stomatologie	CHAPUT	(Mme A.) m.c.agr.
	GRELLET	(M.)
	CHASSAGNE	(P.)
Thérapeutique	LAMOTTE	(M.)
Urologie	QUENU	(L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES

DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.	
	ABOULKER	(P.)
	AMELINE	(A.)
	HUGUIER	(J.)
	LEGER	(L.)
Clinique chirurgicale	OLIVIER	(C.)
	PADOVANI	(P.)
	POILLEUX	(F.)
	ROUX	(M.)
	VERNE	(J.M.)
	HAGUENEAU	(J.) pr. s. ch.
	BOUDIN	(G.)
	CONTE	(M.)
	DOMART	(A.)
Clinique médicale	MILLIEZ	(P.)
	PERRAULT	(M.)
	RAMBERT	(P.)
	THIEFFRY	(S.)
	TURIAF	(J.)

	MM.	
Clinique neuro-rhumatologique	SEZE	(S. de)
	GRASSET	(J.)
	LEPAGE	(F.)
Clinique obstétricale	MAYER	(M.)
	MERGER	(R.)
	RAVINA	(J.)
	DESIGNES	(P.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET	(G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO	(R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE	(R.)
Clinique psychiatrique	BARUK	(H.)
Clinique urologique	KUSS	(R.)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY	(P.) pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI	(J.) pr. à t. pers
Pathologie chirurgicale	RUDLER	(J.) pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté	LENA	(J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND	(H.)
	Melle CHAINTREUIL	(G.)
	Melle HURE	(A.)

Conservateur, chargé de la Direction de la Bibliothèque	Dr. HAHN	(A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE	(P.)
	GOICHON	(A.M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET	(J.)
	Melle LAURENT	
	Melle LE NOIR	(G.)
	Melle QUIEVREUX	(E.)

A la mémoire de mon père....

A ma mère....

A mes grands parents....

.... à Monsieur le Professeur DESOILLE,
Chevalier de la légion d'honneur,
Médaillé de la Résistance

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

....à Monsieur MORAS, Directeur Général de la Caisse
Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région
Parisienne

....à Monsieur SARBOURG
Sous-Directeur chargé de l'Action Sanitaire et Sociale
qui nous ont permis de faire ce travail sur le Re-
classement Professionnel....

....à Monsieur le Docteur P. MIRAULT
Médecin-Chef de la Prévention Générale de la Caisse
Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région
Parisienne....
qui nous a inspiré le sujet de cette thèse-qu'il
trouve ici l'expression de notre profonde gratitude..

....à Monsieur POURILLE
Chef de Division du Centre de Reclassement Profes-
sionnel de la Caisse Primaire Centrale de la Région
Parisienne,
qu'il veuille accepter le témoignage de notre recon-
naissance pour l'aide si aimable et si éclairée qu'il
a bien voulu nous accorder....

....à Messieurs les MEDECINS et TECHNICIENS du Centre de
Reclassement Professionnel
qui, par leurs conseils, ont facilité notre travail

....à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de
Paris

....Hommages respectueux

TRAUMATISES CRANIENS ET RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

ETUDE DE 256 DOSSIERS

TRAITES AU CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL
DE LA CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE
DE LA REGION PARISIENNE

AU COURS DES ANNEES 1957 et 1958

I N T R O D U C T I O N

Il nous a paru intéressant d'étudier quelques cas de traumatisés crâniens qui ont abouti au cours des années 1957 et 1958 au Service de Reclassement Professionnel de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale de la Région Parisienne, c'est à dire au Centre "André LEVEILLE" situé 7, rue du Château d'Eau PARIS 10°.

Il s'agit là de sujets que les services médicaux des caisses, (*Maladie, Invalidité ou Accidents du Travail*) ont estimés reclassables après une période de soins et de repos plus ou moins prolongée, indemnisée par la Sécurité Sociale.

Leur reclassement est un problème important, non pas du fait de leur nombre, puisque au cours de l'année 1958 sur 7.744 handicapés physiques signalés au Centre, 249 seulement étaient des traumatisés crâniens, soit 3,21 % mais comme nous le verrons plus loin, du fait des difficultés rencontrées à toutes les étapes dans leur réinsertion dans le monde du travail.

Ne nous dissimulons pas qu'il s'agit de sujets triés par la maladie et par le temps. Si les cas étudiés ne sont pas tous des cas graves, tous les cas graves, mis à part les cas irréclassables d'emblée, aboutissent en fin de compte au Centre de Reclassement Professionnel, ce qui ne facilite pas sa tâche.

Arrivant ainsi en fin de chaîne des examens faits au titre des diverses branches de la Sécurité Sociale, le Centre de Reclassement se trouve devant une oeuvre difficile. Que va-t-il pouvoir faire ? Que fait-il en réalité ? Quels sont les résultats obtenus ? Voilà les questions auxquelles ce travail se propose de répondre.

CHAPITRE I

FONCTIONNEMENT GENERAL DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Structure du Centre "André LEVEILLE"

- Fonctionnement de ses trois composantes

- Fonctionnement général :

- . Examen médical
- . Examen psychotechnique
- . Service Social
- . Commission Technique d'Orientation (C.T.O.)
et ses décisions
- . Service Technique et Administratif
- . Centres de Rééducation
- . Service de Placement
- . Suites de placement

STRUCTURE DU CENTRE "André LEVEILLE"

Le Centre "André LEVEILLE" comporte en fait trois services de Reclassement Professionnel regroupés en Avril 1958, dans les locaux de la Caisse Primaire Centrale 7, rue du Château d'Eau PARIS 10°.

Ces services sont ceux de :

- . la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale (C.P.C.S.S.)
- . l'Inspection du Travail et de la Main d'Oeuvre
- . l'Office Public d'Hygiène Sociale (O.P.H.S.)

Ce regroupement répond aux décisions des circulaires ministérielles sur l'organisation du Reclassement Professionnel des Handicapés, et sur la coordination des moyens dont disposent les Services Officiels : Caisse de Sécurité Sociale, Inspection du Travail et de la Main d'Oeuvre.

Comme nous le verrons plus loin, grâce à un fichier commun et à des contacts étroits, ils conjuguent leurs efforts pour réinsérer dans le monde du travail le diminué physique en lui faisant reprendre une place active dans la collectivité et en lui permettant de subvenir à ses besoins.

I - ORGANISATION DU CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL de la CAISSE PRIMAIRE CENTRALE DE SECURITE SOCIALE

Buts, liaisons avec les services médicaux et sociaux

Le Centre de Reclassement a pour but d'étudier toutes demandes de reclassement professionnel formulées par les assurés sociaux ou leurs ayants-droit, handicapés qui ne peuvent du fait de leur affection reprendre leur ancienne activité professionnelle ou ne peuvent le faire qu'après une période transitoire de réadaptation ou de réentraînement à l'effort.

Les demandes parviennent au Centre de sources diverses :

- . Caisses d'affiliation
- . Centres payeurs dépendant de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale (C.P.C.S.S.).
Caisse Régionale (*branche invalidité*)
Handicapés physiques eux-mêmes
- . Services Sociaux

Elles sont faites au titre des différentes assurances :

- . Assurance Maladie,
- . Assurances Invalidité,
- . Accidents du Travail ou maladies professionnelles.

Il est conseillé vivement aux assurés de s'adresser :

- . aux Services qui leur payent des prestations, c'est à dire, centres payeurs, Caisse Régionale Invalidité,

- . services accidents du travail et maladies professionnelles,
- . Caisse Régionale de PARIS pour les assurés invalides,
- . Centres payeurs de la Caisse Primaire Centrale (*Seine, Seine & Oise,*) pour les bénéficiaires des assurances maladies, accidentés du travail ou maladies professionnelles,
- . Caisses d'affiliation (*Seine & Marne, Oise, Eure & Loir*) pour les risques maladies, accidentés du travail, maladies professionnelles.

Modalités de signalement :

Handicapés jusqu'à 45 ans

Cette limite d'âge est retenue parce qu'elle correspond, dans les cas favorables, à la limite supérieure des possibilités réelles dans le domaine de la rééducation professionnelle.

Cette règle ne constitue pas un impératif et il appartient aux Médecins-Conseils de demander la rééducation quel que soit l'âge, si une telle solution semble devoir être étudiée.

Pour les handicapés, le contrôle médical des centres de paiement envoie :

- . le signalement de l'assuré ou de l'ayant droit avec toutes les indications nécessaires
- et surtout
- . les comptes rendus d'examens de spécialistes (*phtisiologie, cardiologie, psychiatrie....*), les résultats de laboratoire intéressants, les documents graphiques correspondants (*radiographies ou tomographies*). Ces derniers documents sont retournés au contrôle médical dans les 20 jours suivants,
- . les documents médicaux placés sous enveloppe fermée accompagnés des documents graphiques sont remis au Service administratif du Centre de paiement qui porte la situation exacte de l'intéressé en ce qui concerne les prestations et adresse l'ensemble au Centre de Reclassement Professionnel.

La Communication des documents est particulièrement importante :

- . sur le plan médical : pour éclairer complètement le médecin spécialiste du Reclassement Professionnel, et éviter la répétition des examens de même nature,
- . sur le plan administratif : pour que les spécialistes du Reclassement Professionnel, notamment les psychotechniciens, puissent rechercher des solutions réalisables dans le cadre des prestations dues aux intéressés.

Handicapés de plus de 45 ans

Le contrôle médical adresse les mêmes documents médicaux complets directement au Centre de Reclassement Professionnel, sans passage par

son service administratif. En effet, la situation administrative des intéressés n'a plus ici la même incidence sur la suite du reclassement professionnel, puisque dans la majorité des cas, il s'agira de recherches d'emploi dans une entreprise.

II - LE SERVICE DE READAPTATION DE L'OFFICE PUBLIC D'HYGIENE SOCIALE (O.P.H.S.) DE LA SEINE

Ce service a vocation de prendre à l'égard des tuberculeux de la Seine, toutes mesures prophylactiques utiles, et dans le cadre de cette action de réaliser toutes liaisons avec les dispensaires de lutte antituberculeuse du département.

Dans le sein du Centre de Reclassement Professionnel, l'équipe médico-sociale intervient en qualité de "spécialiste" et limite son rôle à sa liaison avec les dispensaires, à la réalisation des bilans médicaux, sociaux et éventuellement au placement dans les Etablissements de soins.

Les demandes de Reclassement reçues par l'O.P.H.S. aboutissent au fichier commun et suivront le même chemin que les autres dans les différentes opérations qui conduisent au reclassement.

L'O.P.H.S. possède ses médecins particuliers mais dispose des psychotechniciens et du Service de placement du Centre de Reclassement Professionnel. Un membre de l'O.P.H.S. siège à la Commission Technique d'Orientation.

Pour la prise en charge des frais de rééducation-réadaptation professionnelle des tuberculeux, ne ressortissant pas de la Sécurité Sociale, ou pour toute aide pécuniaire, l'O.P.H.S. fait appel

- . soit à l'Aide Sociale
- . soit aux fonds du Comité du Timbre antituberculeux
(66, Boulevard St. Michel)

III- FONCTIONNEMENT DE LA PARTIE MAIN-D'OEUVRE DU MINISTERE DU TRAVAIL

Son action est parallèle à celle de la Caisse Primaire Centrale de Sécurité Sociale, pour les handicapés non pris en charge au titre de la législation de Sécurité Sociale.

Le signalement est fait par communication téléphonique par les Bureaux de Main d'Oeuvre (B.M.O.) où les travailleurs handicapés se sont inscrits en qualité de demandeurs d'emploi et peuvent percevoir, éventuellement, les indemnités des travailleurs sans emploi.

Lorsqu'il s'agit de demandeurs d'emploi ne paraissant pas aptes médicalement à un emploi mais susceptibles d'être reclassés professionnellement, le B.M.O. adresse un signalement au Centre de la rue du Château d'Eau.

D'autres signalements peuvent être faits également par les Services Sociaux ou des médecins du travail.

Lorsque ceux-ci **ont moins de 45 ans**, tout au moins pour ceux qui n'ont pas de métier qualifié, car pour ces derniers, la limite d'âge est moins étroite, ils sont dirigés vers le service médical, le psychotechnicien, après avoir été adressés à une Assistante Sociale de la Main d'Oeuvre qui s'attache à préciser leur passé professionnel et surtout leurs droits administratifs pour une éventuelle rééducation.

Les dossiers seront préparés pour la Commission Technique d'Orientation des diminués physiques (C.T.O.).

S'ils **ont plus de 45 ans**, ils seront dirigés, après examen médical et s'ils sont aptes au travail, vers le bureau de placement.

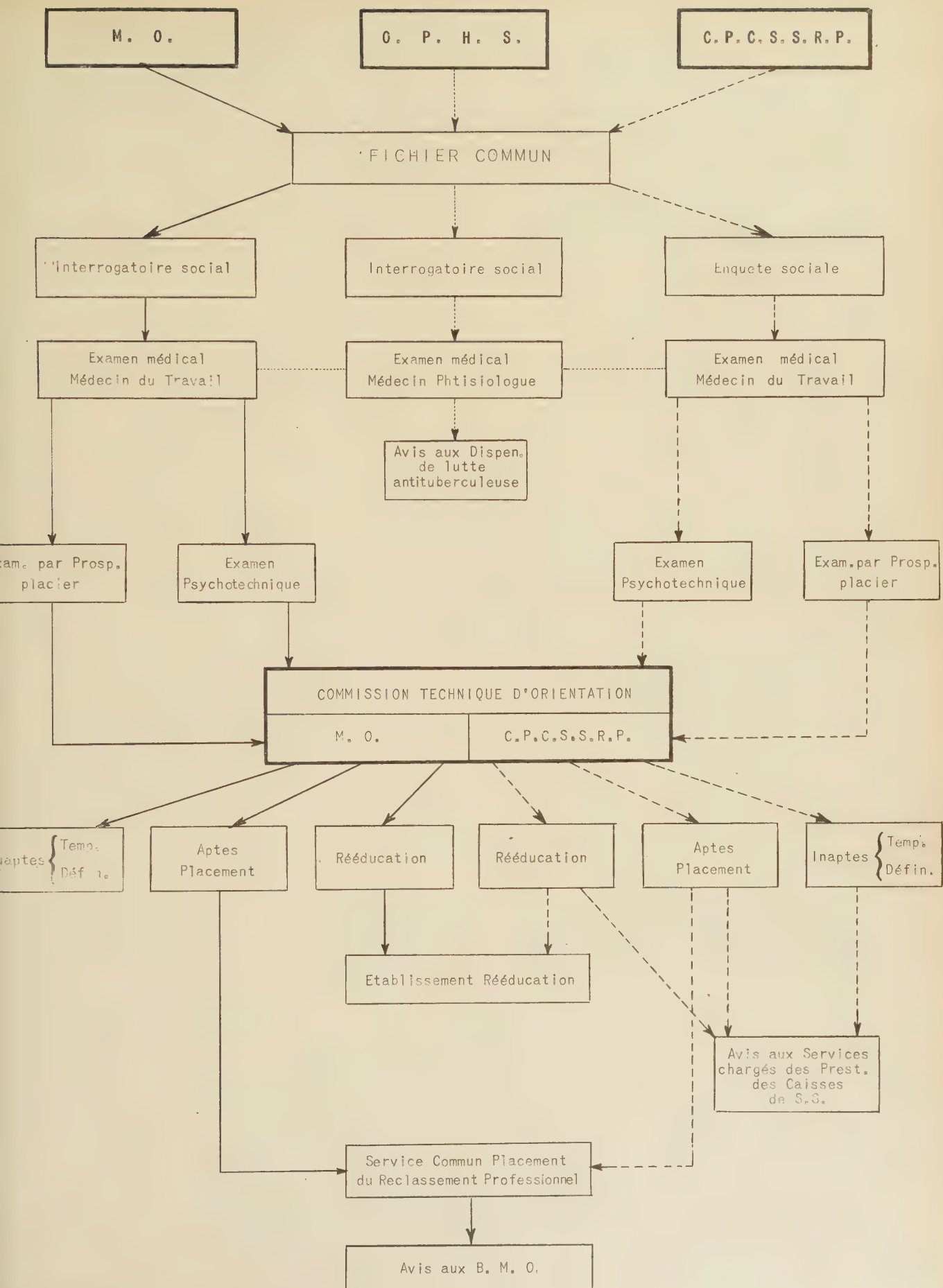
Il est bien entendu qu'avant d'effectuer des examens pour un sujet, il est vérifié au préalable qu'il n'existe pas d'autre dossier au même nom, vérification faite au fichier commun.

En effet, pour éviter les double emplois, il a été convenu de confectionner un fichier numérique unique.

Les décisions prises pour chaque handicapé sont communiquées au bureau de Main d'Oeuvre qui l'a signalé.

Si le Service de la Main d'Oeuvre possède ses médecins et ses psychotechniciens, il n'en reste pas moins que le circuit d'examens faits pour chacun est le même, et pour faire image si les affluents des trois services, Caisse Primaire Centrale, Main d'Oeuvre et O.P.H.S. sont différents, ils conduisent au même fleuve.

L'aboutissement des décisions est le placement, service commun, ou la rééducation qui s'effectue dans des Centres communs. Pour plus de clarté, nous donnons ci-après un petit schéma récapitulatif.



Signalons, en outre, que les Bureaux de main-d'oeuvre envoient au Service de Reclassement Professionnel de Main d'Oeuvre tous les cas d'invalidité qui sollicitent leur inscription en qualité de demandeurs d'emploi et qu'une Commission dite d'invalidité, comportant un médecin représentant la Caisse Régionale de Sécurité Sociale, décide de l'aptitude d'un sujet à reprendre le travail avec les incidences sur le classement en 1^{re} ou 2^e catégorie d'invalidité.

Le Service de Main d'Oeuvre est en rapport avec l'Aide Sociale, l'Office des Anciens Combattants et il peut avoir à demander des prises en charge auprès de ces Organismes.

FONCTIONNEMENT GENERAL DU CENTRE "André LEVEILLE"

Nous avons vu que la majorité des assurés avaient été signalés par le Contrôle Médical des centres payeurs, mais d'autres se signalent eux-mêmes, ou bien sont envoyés par des assistantes sociales ou des médecins traitants ou encore par des centres de Rééducation Fonctionnelle, sanatoriums, maisons de repos.

C'est le Service Technique et Administratif, véritable Secrétariat qualifié de l'ensemble des praticiens du Centre de Reclassement Professionnel, qui reçoit toutes les demandes, qui déclenche les examens sociaux, médicaux, psychotechniques, professionnels, qui applique les décisions de la Commission Technique d'Orientation en matière de rééducation, réadaptation professionnelles et qui avise les centres de paiement des solutions adoptées.

Pour l'étude de chaque cas envoyé, le Centre de Reclassement dispose d'un "complexe" formé par un médecin du travail spécialisé en Reclassement Professionnel, par un psychotechnicien, par une assistante sociale et par un prospecteur placier.

Ces techniciens, hautement qualifiés, doivent travailler en équipe, et être persuadés que leurs examens, leurs conclusions ne constituent pas une fin en soi, et que seule la synthèse de toutes les investigations permet de définir une solution de reclassement.

A - EXAMEN MEDICAL

Le Médecin de reclassement dresse le bilan des aptitudes et également des inaptitudes, précise les contre-indications vis-à-vis des métiers ou des postes de travail. Son examen est poussé sur des points de détail très particuliers comme l'amplitude et la précision des mouvements chez les déficients moteurs, les possibilités d'appareillage en vue de tel geste nécessaire dans le métier prévu au titre de la réadaptation. Il doit connaître toutes les caractéristiques des métiers. Penser à rechercher, par exemple, la sudation qui interdit certaines professions (*cuir, maroquinerie, horlogerie, câblage*) les troubles de la vue, le daltonisme.



C'est le médecin qui décide de l'opportunité de l'examen psychotechnique lorsque l'ancien métier est contre-indiqué.

La contre-indication est appréciée en fonction non seulement de l'état actuel de l'intéressé mais également en tenant compte de l'évolution prévisible de l'affection et aussi des débouchés offerts par le Marché du Travail.

De plus, le médecin doit envisager le problème de la surqualification (*et même qualification*) principalement pour les sujets jeunes afin de leur procurer des conditions de vie les mettant à l'abri de toute rechute ou de tout risque d'aggravation même à longue échéance.

L'examen médical comprend toujours une scolie.

Pour les autres examens, le médecin a, à sa disposition, les spécialistes de la Caisse Primaire Centrale et de la Caisse Régionale. C'est ainsi qu'il peut demander des examens d'ophtalmologie, d'oto-laryngologie, des examens de Laboratoire, des électroencéphalogrammes ou des électrocardiogrammes etc.....

Quant aux examens psychiatriques, ils sont pratiqués par des psychiatres qui assurent des vacations régulières dans le service même. La question du reclassement des mentaux pose des problèmes fort épineux et pour la solution desquels il est indispensable que le psychiatre s'intègre à l'équipe que nous avons citée (*médecin du travail, psychotechnicien, assistante sociale, prospecteur placier*).

Nous donnons dans les pages qui suivent le modèle de la fiche médicale "Reclassement Professionnel" adoptée depuis 1954. Elle est complexe mais attire l'attention sur des points de détail qui doivent être connus du psychotechnicien orienteur pour un nombre important de métiers et ne sont que rarement notés sur des fiches médicales courantes.

La fiche médicale rédigée, le médecin du reclassement peut, dès ce moment, arrêter le dossier s'il juge le sujet encore en évolution, non consolidé ou non reclassable; s'il conclut à un réentrainement au travail ou à une rééducation professionnelle, il rédige une fiche non médicale (*fiche modèle "C" du Ministère du Travail ou fiche de travail*) sur laquelle il note le profil des aptitudes résiduelles du sujet et ses propositions.

Nous donnons également une reproduction de cette fiche.

Cette "fiche "C" est envoyée au Service du Placement, ce qui permet au prospecteur placier de rechercher auprès des employeurs un poste de travail convenant aux handicapés, en fonction de ses aptitudes et de ses inaptitudes. C'est également cette fiche que le Service de Main-d'Oeuvre envoie aux Bureaux de Main-d'Oeuvre qui ont signalé les demandeurs d'emploi.

Ainsi ce document sert de liaison entre les divers techniciens du Centre de Reclassement Professionnel mais n'exclut pas, pour autant, les contacts directs. Ne l'oublions pas, il s'agit d'une équipe dont tous les membres doivent travailler dans un même but, et c'est grâce à la synthèse de leurs investigations qu'une solution de reclassement est possible.

DOSSIER MÉDICAL

DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

NOM :
(En lettres capitales)

Prénoms :

Date d'immatriculation :

Date de naissance : Sexe :

Domicile personnel habituel :

.....

.....

.....

.....

.....

Précédents professionnels :
Métiers antérieurs (nature et qualification, OS1 - OS2 - P1 - P2 - P3) :

Dernier emploi (nature, dates) :

Précédents familiaux :

Précédents personnels (préciser dates hospitalisations et nature interventions) :

.....

.....

Situation militaire (S. armée, S. X., pension).

Description de la maladie motivant le reclassement professionnel et description éventuelle de (ou des) l'infirmité :

.....

.....

.....

.....

Taille : Poids : État général :

	AUDITION			VISION		
	non corrigée	corrigée		sans correction	avec correction	
D.			De loin {	O. D.		Couleurs :
G.				O. G.		État du champ visuel :
			De près {	O. D.		Fatigabilité :
				O. G.		

.....

Capacité manuelle (de façon habituelle) :

.....

PNEUMOLOGIE ET TUBERCULOSE.

Clichés radiologiques

Cuti-réaction et date de virage de cuti :

Évolution (comportant obligatoirement les dates et les lieux d'hospitalisation) :

Début (date) :

P. N. O. ou autres interventions (dates) :

À DROITE

À GAUCHE

Actuel (date) :

ANTIBIOTIQUES (Doses, rythme, durée. — Préciser date de fin du traitement ou en cours).

ÉTAT ACTUEL.

Pneumologie non tuberculeuse

Poids : Taille :

Toux : Expectoration :

Dernier examen bacillifère le Nature :

Dernier examen non bacillifère le Nature :

Vitesse de sédimentation :

Autres localisations tuberculeuses :

Capacité fonctionnelle respiratoire :

Dyspnée : Repos : Effort :

Temps d'apnée volontaire { en inspiration :
en expiration :

APTITUDE AU TRAVAIL.

Temps complet :

Temps partiel (durée) :

INAPTITUDE AU TRAVAIL :

APPAREIL MOTEUR.

Diagnostic actuel précis et détaillé (ankyloses et ses caractères) :

Interventions et dates :

Données inférieures. { La marche est-elle possible ? facile ?
 La station debout est-elle supportée ? Combien de temps ?

Données supérieures : Maladresse dans les mouvements ?

Capacité d'effort : Combien de kilogs peuvent être soulevés ?

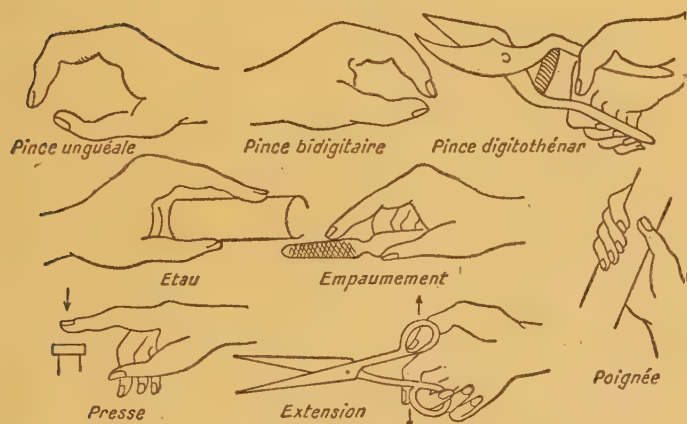
Emploi actuel : Convient-il professionnellement ?

Présence de troubles trophiques, d'escarres, d'ulcérations, de fistules, de troubles des sphincters :

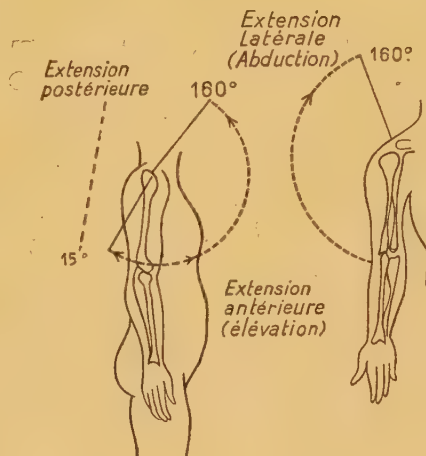
Quand l'intéressé est-il considéré comme consolidé ? Taux d'I. P. P. :

SCHÉMAS À COMPLÉTER

La main (préciser par + ou par - si le geste indiqué est possible ou non)



L'épaule (compléter les schémas pour préciser l'angle d'extension)



APPAREIL CIRCULATOIRE.

Diagnostic précis et détaillé et évolution de la maladie

Causale :

Interventions et dates :

Signes d'insuffisance cardiaque :

Dyspnée d'effort :

Autres signes :

Auscultation :

T. A. : Pouls { au repos :
 à l'effort :

Varices :

Radio :

Vitesse de sédimentation :

Électro :

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE. — Diagnostic (interventions et dates) :

Règles : Pus : Albumine : Sucre :

ABDOMEN. — Estomac, intestins, foie. — Parois, hernies, ptoses. — Diagnostic (interventions et dates) :

PSYCHISME. — Symptômes et éventuellement diagnostic :

Pronostic :

Niveau mental :

Comportement psycho-social :

SYSTÈME NERVEUX :

Réflexes tendineux : Réflexes oculaires :

Tremblements : Équilibre : Troubles sensibilité :

Épilepsie : crises — fréquence — diurnes — nocturnes avec ou sans aura :

Traitement actuel et efficacité :

E. E. G. :

AUTRES APPAREILS (ganglions) :

INTOXICATIONS DIVERSES (maladies professionnelles, éthylisme).

EXAMENS DE LABORATOIRE (hématologie, temps de saignement, urée, sucre, albumine, etc.).

CONCLUSIONS GÉNÉRALES :

Médecin { NOM :
(En caractères d'imprimerie)
Signature :

À, le 196.....

SIER MEDICAL COMPLEMENTAIRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL CONCERNANT

Prénom

Sexe

CODE

Risque

Sequelles fonctionnelles

Maladie professionnelle

Examens réalisés postérieurement au premier bilan médical

Observations du médecin

Nom
et signature

Examens spéciaux (demandés par le médecin du Reclassement professionnel)

Date
de la réception
des résultats

Date

Observations du médecin

et

FICHE DE TRAVAIL

[illegible]

Coefficient de fatigue hors travail - - - - -

Niveau scolaire

Apprentissage

C. A. P.

Goûts du sujet

Travail monotone — — — — —

Travail avec attention

Travail sur machine .

Goût des responsabilités

Désir de perfectionnement technique

EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE

Date et lieu d'examen : _____

Nº d'examen

EMPLOIS SUCCESSIFS

Début

Fin

Epreuves

Décision de la Commission technique d'orientation des travailleurs handicapés (séance du _____)

Concernant le reclassement professionnel de M

Prénom

1° Envisagez-vous :

Une réadaptation fonctionnelle proprement dite

- nature

- durée

Un appareillage lequel

Une post-cure simple durée

Un réentraînement au travail

- nature

- durée

2° Peut-il reprendre son métier (ou son ancien poste)

- lequel à quelle date

- dans la négative, indiquer les motifs

3° La contre-indication médicale à la reprise de l'ancien métier (ou ancien poste) est-elle :

- absolue

- ou relative

motifs

durée

4° Envisagez-vous un placement direct dans un autre métier

Donnez dans l'ordre de préférence quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés :

5° Envisagez-vous une rééducation professionnelle (l'ancien métier ou poste de travail étant contre-indiqué) :

En Centre d'internat motifs

En Centre d'externat motifs

Chez un employeur (par contrat)

Donnez quelques exemples de postes susceptibles d'être occupés (sous réserve des résultats de l'examen psychot)

6° L'intéressé relève-t-il d'un atelier protégé (inapte à un travail régulier ou à un rendement normal)

Quel type d'activité conviendrait

Date Médecin (nom en caractères d'imprimerie)

Signature :

B - EXAMEN PSYCHOTECHNIQUE

Son examen terminé, le médecin de Reclassement, confie le sujet au psychotechnicien en le mettant au courant de ses constatations et de ses conclusions (*cf dossier médical complémentaire*).

Le psychotechnicien voit des sujets qui sont âgés de moins de 45 ans en général. A lui, aboutissent les sujets qui ne peuvent reprendre leur ancien métier du fait de leur affection ou des contre-indications posées par le médecin du travail, ceux en outre qui, comme des ayants-droit, par exemple, n'ont pas de métier mais ont commencé un début d'apprentissage devenu inopérant du fait de la maladie.

Il s'agit pour lui de rechercher en chaque sujet toutes ses possibilités compatibles avec une reprise du travail en tenant compte, le plus possible, de ses goûts, de rechercher le métier qui lui permettra de pourvoir à ses besoins légitimes (*financiers, moraux*) sans exiger de sa part des efforts supérieurs à ceux qu'il peut fournir. Une réorientation professionnelle faite sans erreur et bien choisie au départ permet au sujet de fournir un travail égal en qualité et en rendement à celui d'un être normal et facilite son adaptation psychologique et sociale, idéal qui n'est pas bien toujours possible de réaliser.

Le métier de psychotechnicien-orienteur de Reclassement Professionnel est très spécial. Il ne peut être question dans cette discipline "d'examens collectifs". Chaque sujet réagit d'une manière différente à la maladie. Le niveau de chacun est différent, les plus nombreux sont les manuels, mais au même niveau de l'échelle sociale, ils se distinguent encore par le niveau atteint, les études scolaires, la structure familiale et leur milieu de vie.

D'autre part, la psychologie des sujets varie également avec l'âge, varie avec l'affection. Les maladies de longue durée, non seulement par leur action directe sur l'organisme, mais en fonction de la personnalité de chacun, ont déterminé à la suite de traitements prolongés ou d'une longue inactivité un état mental particulier caractérisé par une perte de confiance en soi, une appréhension à réexercer l'ancien métier. Donc, comme on le voit, chaque sujet est un cas particulier.

L'examen psychotechnique, dans une partie des cas, n'est qu'un examen de "préorientation" déjà relativement long, qui dure environ 1 h.30. Dans les cas difficiles, ainsi dans les cas devant aboutir à une décision de rééducation, le sujet sera convoqué pour un examen complet, beaucoup plus détaillé qui durera environ 4 heures 30.

a) L'examen de préorientation

est tout d'abord un entretien avec le sujet, il s'attache à obtenir des renseignements sur :

- la vie familiale et la scolarité de l'enfance, aux débuts de la vie professionnelle,
- sa vie professionnelle,
- les désirs du sujet

Il est noté en outre sur la fiche :

- . la présentation,
- . et l'avis médical qui a été communiqué par le médecin.

Il est essentiel que l'assuré comprenne la nécessité et la place de l'examen, pour qu'il soit possible de le conseiller avec efficacité. L'intéressé doit pouvoir trouver auprès du psychotechnicien la "personne informée" auprès de laquelle il pourra réfléchir à son problème.

L'entretien est donc une conversation pendant laquelle l'intéressé fait connaître ses difficultés :

- . difficultés pécuniaires
- . difficultés familiales
- . difficultés de recherche d'emploi ou de reprise du travail.

C'est au cours de cet entretien qu'il prendra conscience de ses problèmes et avec l'information complète et précise du psychotechnicien arrivera à une décision personnelle et valable.

A côté de l'entretien, sont pratiqués des **tests d'efficience**, tests très simples, non verbaux, dont la réussite paraît la condition minimum pour suivre une formation professionnelle.

Dans certains cas et pour éclairer un point particulier, le psychotechnicien ajoute une ou plusieurs épreuves de l'examen complet.

b) L'examen complet

- Celui-ci comprend un complément d'entretien qui permet de renforcer la collaboration du sujet déjà mis en confiance par le premier examen.
- Des tests d'efficience comportant des épreuves manuelles ou papier crayon dont nous donnerons la liste indicative plus loin.
- Les tests de personnalité (*TAT - RORSCHACH*) sont peu utilisés surtout faute de temps.

Les indications données par l'entretien et les tests d'efficience permettent le plus souvent de s'assurer que le sujet ne présente pas de troubles d'adaptation graves, dans le cas contraire, un examen complémentaire peut être demandé au psychiatre.

c) Liste indicative des tests utilisés

1) Epreuves de performance (*intelligence dite pratique*)

- . Kohs adapté du Wechsler
- . Minnesota
- . Dearborn

2) Epreuves de motricité pure

- . disques de Walter
- . Heuyer Bailly (8 épreuves)
- . Rondelles de Piorkowski
- . Dardus, Dardus

3) Epreuves de connaissances scolaires

- . orthographe
- . mathématiques (*différents niveaux*)
- . français
- . rapidité calcul simple
- . additions complexes

4) Epreuves dites "d'employés de bureau"

- . Thurstone
- . Collationnement

5) Epreuves dites "de compréhension mécanique"

- . Test mécanique
- . le test "T" (*dérivé du tourneur*)

6) Epreuves dites de "compréhension verbale"

- . Test de vocabulaire (*Binoit Pichot*)
- . B.C.V.8 (*Bonnardel*)
- . compréhension de textes

7) Epreuves dites "d'intelligence générale"

- . D 48
- . Matrix

8) Autres épreuves

Le sujet rédige son curriculum vitae, ce qui permet d'apprécier ses facultés de ~~rééducation~~.

Les "Phrases à compléter" de Stein sont aussi utilisées.

Les conclusions de l'examen psychotechnique sont rédigées en termes simples, accessibles à tous, adaptées aux utilisateurs qui seront :

- . soit des membres de la Commission Technique d'Orientation,
- . soit des directeurs de centres de rééducation,
- . soit des placiers.

Elles comportent, autant que possible, des solutions réalisables, compte tenu du marché du travail, du recrutement des Centres de rééducation.

L'avis du psychotechnicien prévu expressément par les dispositions réglementaires, évite sans aucun doute à la Caisse de Sécurité Sociale, des rééducations injustifiées qui, selon toute vraisemblance, se solderaient par des échecs; il permet de diriger les autres sujets avec un maximum de chances de réussite. On a beaucoup épilogué sur les tests. Nous citerons ici la position d'un psychotechnicien Ch. NAHOUM, publiée dans "LE TRAVAIL HUMAIN" de Juillet-Décembre 1953 :

"Les résultats chiffrés des tests ne jouent dans le processus d'orientation qu'un rôle limité..... Les facteurs de personnalité ainsi d'ailleurs que les conditions de vie sont plus importants pour l'adaptation professionnelle que les limitations introduites par le handicap de résultats médiocres aux tests psychométriques".

C - LE SERVICE SOCIAL DU RECLASSEMENT

Nous avons étudié le fonctionnement du service médical et psychotechnique. Un autre élément de "l'équipe" du Reclassement Professionnel est le Service Social.

L'enquête sociale a une place des plus importantes. L'assistante sociale spécialisée faisant partie du Centre collabore avec les autres spécialistes du Centre et également avec les assistantes familiales.

L'assistante familiale connaît et suit l'intéressé. Bien souvent, c'est elle qui remplit le questionnaire donné au sujet et qui s'applique à préciser outre l'état civil et la situation familiale:

- les conditions de logement
- . les ressources familiales
- . les études
- . les formations professionnelles antérieures
- . les postes occupés antérieurement et leur qualification exacte, ceci dans les cinq années précédentes,
- . les noms de l'employeur ou des employeurs successifs avec salaire,
- . possibilités de réintégration dans l'ancienne entreprise,
- . pour les étrangers : la carte de travail,
- . désir réel de travail,
- . nom et adresse du médecin traitant

L'assistante sociale spécialisée du Centre examine les éléments de cette enquête et peut au besoin provoquer des compléments d'enquête en accord avec l'assistante familiale.

Ses autres activités sont les suivantes :

- . enquêtes ou démarches sociales,
- . prise en charge sociale de cas difficiles (*mentaux par exemple*)
- . surveillance sociale dans les centres de rééducation à régime d'externat de la Région Parisienne,
- . démarches de réintégration dans les entreprises le plus souvent possible auprès de l'Assistante Sociale d'usine, interventions pour obtenir des secours aux diminués physiques ou à leurs familles momentanément dans le besoin du fait des conséquences de la maladie ou de l'accident,
- . enfin de vérifier l'adaptation à la reprise du travail de l'intéressé et d'en communiquer les résultats au service de suites de placement.

D - COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION (C.T.O.)

Il est posé en principe, que tout dossier constitué, c'est-à-dire comportant au moins l'examen médical, doit être soumis à la Commission Technique d'Orientation

La Commission Technique d'Orientation comprend les représentants des différentes techniques concourant au Reclassement Professionnel, c'est-à-dire médecin, psychotechnicien, assistante sociale, prospecteur placier, auxquels se joignent les chefs des services intéressés et pour les tuberculeux de la Seine un médecin et une assistante sociale de l'O.P.H.S

La partie vivante de la Commission est la discussion. Si certaines propositions peuvent être réglées rapidement, de nombreux cas se révèlent plus complexes et un élément peut devenir d'une importance majeure pour décider de telle ou telle orientation et plus souvent pour s'opposer à telle ou telle orientation.

Elle se réunit deux fois par semaine.

DECISIONS DE LA C.T.O.

Ces décisions sont de trois ordres.

- a) Recherche d'emploi dans une entreprise,
- b) Rééducation ou réadaptation professionnelle dans un Etablissement spécialisé ou par reprise de travail chez un employeur,
- c) soins en cours et archives,

et ont, en principe, les incidences indiquées ci-après au regard des prestations

a) Recherche d'emploi

Cette décision constitue, en fait, une proposition d'arrêt de prestations en espèces. Il est à signaler que les décisions de recherche d'emploi prises par la Commission Technique d'Orientation sont communiquées aux Bureaux de Main-d'Oeuvre, et que les intéressés sont avisés qu'ils doivent se faire inscrire auprès des Bureaux de Travailleurs sans emploi, pour :

- . qu'un emploi leur soit recherché,
- . que leurs droits aux prestations Sécurité Sociale soient sauvegardés

Dans des conditions exceptionnelles, la C.T.O., tenant compte de l'état général de l'intéressé, de ses capacités professionnelles, de l'état du marché du travail, indique que les prestations en espèces pourront éventuellement être maintenues s'il y a prescription du médecin traitant et justification du contrôle médical.

b) Rééducation ou réadaptation professionnelle**- En établissement spécialisé**

La Commission Technique d'Orientation précise les conditions dans lesquelles la rééducation ou la réadaptation professionnelle doivent s'effectuer : l'Etablissement, le métier, la durée d'apprentissage, la date d'entrée.

Cette décision entraîne, sous réserve des droits administratifs, l'attribution des prestations en espèces, non seulement pendant la période de formation ou de réadaptation professionnelle mais également pendant le délai qui s'écoule entre la décision de C.T.O. et l'entrée effective en Etablissement.

Il est bien certain que toutes les mesures nécessaires sont prises par le Centre de Reclassement Professionnel pour que le délai d'attente soit le plus court possible.

BENEFICIAIRE DU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

RISQUES	CENTRE D'EXTERNAT	CENTRE D'INTERNAT	CHEZ L'EMPLOYEUR EN CONTRAT
MALADIE OU INVALIDITE	- Maintien de l'allocation mensuelle ou de la pension d'invalidité. - Attribution de prestations supplémentaires (1) pour porter le montant des ressources au salaire de la catégorie professionnelle du métier appris.	Maintien de l'allocation mensuelle ou de la pension d'invalidité (sans réduction), et attribution de prestations supplémentaires (1) destinées à porter le montant des ressources au salaire de la catégorie professionnelle du métier appris.	- Maintien de tout ou partie de l'allocation mensuelle, ou maintien de la pension d'invalidité, pour porter les ressources au montant du salaire de l'ancienne catégorie professionnelle. - Attribution des prestations supplémentaires pour porter le total des ressources (allocation ou pension maintenue + salaire partiel + prestations supplémentaires) au salaire de la future catégorie professionnelle.
ACCIDENTS DU TRAVAIL	- Maintien de la rente - Attribution d'une allocation complémentaire destinée à porter le total des ressources au salaire de la catégorie professionnelle du métier appris.	- Maintien de la rente - Attribution d'une allocation complémentaire destinée à porter le total des ressources au salaire de la catégorie professionnelle du métier appris.	- Maintien de la rente - Attribution d'une allocation destinée à porter le total des ressources au salaire de la future catégorie professionnelle.

(1) Sous réserve d'enquête sociale.

- Reprise du travail chez l'employeur - contrats

Des "contrats" peuvent être conclus dans certaines industries. L'employeur s'engage alors à réadapter le sujet connaissant déjà le métier mais inapte à un rendement normal, ou dans certains cas à lui apprendre le métier (*rééducation*). Le sujet sera payé partiellement, par l'employeur, le complément étant versé par la Caisse de Sécurité Sociale. L'employeur s'engage une fois le sujet capable de travailler normalement, à l'employer à tarif normal pendant un temps égal au double du temps nécessaire à la formation ou à la réadaptation, le tout ne pouvant dépasser un an; la durée du contrat étant en général de 3 à 6 mois. Le contrat, excellent en soi et remettant le sujet dans le milieu où il aura à travailler, est malheureusement assez difficile à obtenir.

- Temps partiel

Si un travail à temps partiel est indiqué pour une reprise progressive dans le métier et qu'un placement puisse être réalisé, la Caisse accepte de compléter le salaire du sujet par des "allocations complémentaires".

Il est à remarquer que plus de 1.000 anciens malades reprennent chaque année une activité partielle et bénéficient du maintien de leurs prestations journalières (*1/2 salaire*) pendant la période justifiée par le médecin de Reclassement Professionnel.

c) Soins en cours et archives :

Dans cette rubrique sont inclus :

- les soins d'une certaine durée qui interdisent soit la rééducation, soit la recherche d'emploi.

Il est à signaler que pour toute prolongation de repos inférieur à 6 mois le Centre de Reclassement Professionnel convoque à nouveau l'intéressé. Ce n'est qu'au delà de 6 mois que le dossier est classé sans suite et que le Centre Payeur peut faire au moment opportun un nouveau signalement pour déclencher le processus des opérations de reclassement.

- les post-cures,
- la réadaptation fonctionnelle,
- les "non reclassables", handicapés dont les séquelles d'ordre médical se conjuguent à l'état global socio-professionnel ne permettant pas d'envisager une reprise d'activité sous quelque forme que ce soit, compte tenu de l'équipement actuel et de la conjoncture économique.

Signalons, à ce sujet, que les centres de travail protégé sont pratiquement inexistantes (*100 places pour toute la France*) et que leur création résulte, jusqu'à présent, d'initiatives privées.

Pour ces assurés, la Commission Technique d'Orientation peut être amenée à demander aux Médecins-Conseils d'effectuer un signalement en vue de constituer le dossier d'invalidité.

E - SERVICE TECHNIQUE ET ADMINISTRATIF

Le Service Technique et Administratif constitue un secrétariat qualifié de l'ensemble des techniciens déchargeant ceux-ci de toute opération qui n'entre pas dans le cadre de leurs compétences.

L'activité du Service Technique se situe dès réception de la demande de reclassement professionnel jusqu'à la Commission Technique d'orientation et ensuite pour toutes opérations concernant la rééducation et la réadaptation professionnelles.

- Il coordonne les éléments du dossier afin d'en effectuer la présentation à la Commission Technique d'Orientation,
- Il s'informe sur les Centres de Rééducation,
- Il est en liaison permanente avec tous les établissements et recueille les informations concernant :
 - . les métiers enseignés,
 - . le nombre de sections et leur capacité,
les malades admis (*en tenant compte du sexe, âge et déficiences*),
 - . les indications et contre-indications pour l'apprentissage d'un métier,
 - . la durée des stages,
les dates des entrées en sections professionnelles,
 - . les sanctions de fin de ~~stage~~ *(certificats de fin d'apprentissage)*.

Les Centres fonctionnent soit en internat soit en externat

Les Centres à régime d'internat sont destinés à recevoir des sujets dont l'état de santé justifie une telle forme de rééducation. Cependant pour des raisons sociales ou familiales ou encore en raison du jeune âge des intéressés, de tels Etablissements qui sont répartis dans toute la France peuvent être préconisés par la Commission Technique d'orientation.

Quant aux Centres d'externat, ils sont particuliers à la Région Parisienne où ils rendent d'éminents services.

Ils sont, en règle générale, mieux adaptés que l'internat car ils permettent une réadaptation "globale" de l'handicapé qui se trouve placé dans des conditions très analogues à celles qu'il trouvera chez un employeur à la fin de sa formation professionnelle (*déplacements, moyen de transports, horaires de travail etc....*)

Nous donnerons ici quelques uns des Centres de Rééducation Professionnelle de la Région Parisienne :

1°) Centres à régime d'externat :

- Centre "VIVRE" 29, rue des Pyramides, PARIS (16^e)
- A.N.R.T.P. 12, rue N.D. des Victoires, PARIS (2^e)
- Centre "AUXILIA" 1, rue P Brossolette, LEVALLOIS PERRET (92)
- Valentin HAUY 9, rue Duroc, PARIS (8^e)
- Fédération Nationale des Aveugles Civils 11 ter, rue Amélie PARIS (7^e)
- Centre " S. MASSON" 157, Ave M. Bizot, PARIS (12^e)
- Centre "JOUYE ROUVE TANIES" 190, rue des Epaves, PARIS (20^e)

2°) Centres à régime d'internat :

Seine-&-Oise :

- Centre "Jean MOULIN" à FLEURY MEROIS (Seine-&-Oise)
- Centre SAINT MAURICE
- Centre de SILLERY par EPINAY S/ORGE
- Centre de St-MARTIN DU TERTRE
- Centre de SARCELLES

Seine-&-Marne :

- Centre de COUBERT
- Centre de NANTEAU SUR LUNAIN
- Centre d'EVRY PETIT BOURG

Les métiers de rééducation enseignés sont assez variés :

Nous indiquerons ceux :

- de la métallurgie :

- tournage, fraisage sur métaux,
- mécanique-auto, soudure à l'arc et au chalumeau,

- de la radio et de l'électronique :

- câblage, montage et contrôle d'équipages et d'appareils de mesure,
- électronique, dépannage radio et télé.

- de bureau :

- dessinateurs, aides comptables, sténodactylo.

D'une récente étude sur les possibilités de rééducation et de réadaptation professionnelles pour les handicapés, il apparaît qu'il existe 4.882 places dont 1.038 en préapprentissage et 3.844 en formation professionnelle, lesquelles se répartissent de la manière suivante :

DEFICIENCES	HOMMES ET FEMMES	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Tuberculeux pulmonaires		1 083	527	1 610
Infirmes moteurs		272	115	387
Inf. mot. cardiaques		183	44	227
Tous handicapés sf T.P.	80	508	42	630
Tous handicapés	401			401
Aveugles et Amblyopes	502	87		589
	963	2 133	728	3 844

Les mutilés et victimes de guerre peuvent entrer en priorité dans l'un des dix centres de rééducation de l'Office National des Anciens Combattants et Victimes de Guerre.

Nous signalons ici le Centre "Suzanne MASSON" situé 157, Avenue du Général Michel Bizot, PARIS (12ème), qui a reçu le plus grand nombre d'handicapés en particulier de traumatisés crâniens. Puisque sur les 256 dossiers de traumatisés que nous étudierons plus loin, 19 ont été pris sur les 37 rééducations demandées.

C'est un Centre mixte fonctionnant en externat, pour les sujets de 17 à 40 ans. Il possède 280 places. Prend tous les handicapés physiques y compris les psychiques stabilisés et les épileptiques n'ayant pas de crise.

Un enseignement général peut y être donné sur place, pendant 3 mois avant la rééducation professionnelle.

Les métiers appris sont

- . comptabilité
- . sténographie
- . dessin radio
- . soudure câblage
- . câblage
- . radio télévision
- . électronique
- . équipagiste
- . tournage
- . O.S. polyvalent

La fin du stage est sanctionnée par un certificat de fin d'apprentissage.

Il est aisé de suivre le sujet au cours de sa rééducation grâce à des fiches d'appréciation envoyées, la première après le premier mois de stage puis une à la fin de chaque trimestre.

Sur ces fiches sont notés non seulement un avis professionnel mais un avis médical.

Elles mentionnent également les changements de section.

La dernière fiche est envoyée un mois avant la fin de la formation professionnelle et renseigne sur les postes susceptibles d'être occupés en fin de stage.

Ces moyens de suivre l'apprentissage sont appliqués dans tous les Etablissements de rééducation et permettent de déclencher les interventions qui s'avèreraient nécessaires sur le plan médical, psychotechnique et social.

Les Centres placent parfois eux-mêmes leurs rééduqués.

F - SERVICE DU PLACEMENT

Il est l'aboutissement de toutes les opérations de reclassement, il constitue le test par excellence de la validité des examens réalisés des rééducations effectuées. Tout handicapé physique ou psychique reconnu apte à un placement est confié à un prospecteur placier qui doit lui procurer un poste de travail correspondant :

- aux antécédents professionnels,
- aux aptitudes indiquées par le médecin en tenant compte de sa situation sur le plan familial,
- du lieu de domiciliation.

Le placement peut intervenir également à la suite d'une rééducation ou réadaptation professionnelle en Etablissement spécialisé.

La recherche d'emploi, la prospection chez les employeurs, la présentation des candidats est une tâche pénible, décevante parfois.

Le Service du Placement effectue également certaines démarches de réintégration d'un sujet dans la même entreprise, conclut des contrats de réadaptation au travail.

G - SUITES DE PLACEMENT

Cette activité est le complément indispensable de l'action de reclassement.

L'enquête se fait sur convocation en dehors des heures de travail, ou bien d'après les résultats d'un "questionnaire métier", envoyé à l'intéressé. Nous donnons dans les pages qui suivent une reproduction des deux pièces signalées.

Nous avons vu dans quel cadre sont reçus les handicapés physiques et le circuit d'examens pratiqués pour chacun d'eux.

Bien entendu le même circuit sera emprunté pour les traumatisés crâniens que nous allons étudier.

ISSUES DE SECURITE SOCIALE DE LA REGION PARISIENNE
RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

7, Rue du Château d'Eau - PARIS (10°)

Votre référence

Notre référence

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

M.,

Je vous serais obligé de bien vouloir, muni de la présente lettre, vous présenter :

le à heures

à

en vue d'un examen médical de "suite de placement".

Je suis persuadé que vous comprendrez l'intérêt de cet examen qui permettra à notre Médecin-Spécialiste, et à notre Assistante Sociale, le cas échéant, de voir avec vous si le travail que vous effectuez convient à votre état de santé, et si nous pouvons vous apporter notre aide.

Dans l'éventualité où vous ne pourriez vous rendre à cette convocation, pour quelque motif que ce soit, et en particulier, par suite d'un changement de domicile, je vous demanderais de me faire retour, en franchise postale, de la présente correspondance après avoir indiqué à son verso, les raisons de votre non venue.

Veuillez agréer, M., l'assurance de ma considération distinguée.

Le Chef du Centre

de Reclassement Professionnel :

7, rue du Château d'Eau - PARIS(10°)

- Téléphone -
BOTZaris 96-00

vail que vous avez occupés depuis votre arrêt maladie. Pouvez-vous indiquer ci-après les entreprises où vous avez travaillé et les emplois que vous avez tenus. Dans le cas contraire, marquez la mention "néant" :

- Pouvez-vous enfin nous indiquer, si vous êtes satisfait des conditions dans lesquelles s'effectue votre reprise de travail, depuis votre maladie ?

Votre référence

Notre référence

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Objet

Le

M.,

Je vous prie de bien vouloir répondre aux questions posées ci-après et de nous retourner la présente lettre en franchise postale

Signature :

Date

Vos réponses permettront, dans l'éventualité où vous exerciez une activité professionnelle, d'examiner vos conditions de travail et d'envisager, le cas échéant, les mesures à prendre pour sauvegarder vos droits aux prestations.

Si vous ne travaillez pas, indiquez votre situation actuelle.

Veillez agréer, M., l'assurance de ma considération distinguée.

Le Chef du Centre
de Reclassement Professionnel :

P.S. - Etes-vous suivi par un médecin ou un dispensaire ?

....., dans l'affirmative, indiquez ci-après

son nom et son adresse

- Nom et adresse de l'entreprise où vous travaillez actuellement

- Qu'y fait-on ?

- Quel est votre emploi ?

- Quand avez vous repris dans cette entreprise ?

- Qui vous a placé ?

- Y avez-vous toujours tenu votre emploi actuel ?

- Sinon, quels autres emplois avez-vous tenus (*dans cette entreprise*)

- Si vous êtes payé au mois, quel est votre salaire mensuel ?

- Si vous êtes payé à l'heure, quel est votre salaire horaire (*prime comprise*) ?

- Combien d'heures travaillez-vous :

par jour ?

Par semaine ?

- Quel est votre horaire de travail ?

- Si vous êtes à mi-temps travaillez-vous :

le matin ?

l'après-midi ?

tantôt l'un, tantôt l'autre ?

un jour sur deux ?

- Vous fatiguez-vous en vous rendant à votre travail ?

- Combien de temps mettez-vous pour vous rendre à votre travail ?

- Quels moyens utilisez-vous ?

- Trouvez-vous votre travail actuel fatigant ?

- Avez-vous des efforts intensifs à fournir ?

- Devez-vous travailler à une cadence trop rapide pour vous ?

- Avez-vous de lourdes charges à porter (+ de 25 Kgs) ?

Souvent ?

Rarement ?

- Avez-vous à marcher beaucoup ?

- Avez-vous à monter :

des escaliers ?

des échelles ?

- Travaillez-vous :

debout ?

assis ?

tantôt l'un, tantôt l'autre ?

- Travaillez-vous dehors ?

- Dans ce cas, êtes-vous exposé :

à la pluie ?

au soleil ?

- Donnez une description du travail que vous faites actuellement
(Les termes "manoeuvre" ou "O.S." ne renseignent pas suffisamment, par
exemple l'O.S. devra préciser la machine sur laquelle il travaille).

C H A P I T R E I I

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL ET TRAUMATISES CRANIENS

I - Difficultés d'étude

II - Importance du problème

OIII - Difficultés rencontrées :

1) sur le plan : signalement au Reclassement Professionnel

2) sur le plan médical :

- . Définition du traumatisme
- . Le syndrome subjectif des traumatisés crâniens
- . Valeur de l'examen médical
- . Valeur des examens complémentaires
- . Insuffisance du traitement

3) sur le plan rééducation et placement

I - DIFFICULTES D'ÉTUDE

Nous avons pris comme sujet d'étude, 256 cas de traumatisés crâniens adressés au Reclassement Professionnel, les uns au cours de l'année 1957 les autres au cours de l'année 1958.

L'intérêt et le but de cette étude est de montrer les difficultés rencontrées dans le reclassement de ces sujets.

Nous avons voulu faire cette enquête sans idées préconçues, en étudiant, à partir des dossiers établis par le Centre, chaque cas en fonction de l'âge, du sexe, de la nationalité, de l'année et de l'importance des lésions, des séquelles neurologiques ou autres, ces autres séquelles englobant tout un syndrome subjectif qui fait de ces sujets des êtres hybrides ne relevant pas d'une discipline rigoureusement délimitée, mais d'une discipline mixte qui engloberait aussi bien la médecine générale que la psychiatrie.

Nous rechercherons au moyen de tableaux statistiques les relations existant entre la nature et le degré des séquelles et les décisions prises par la Commission Technique d'Orientation.

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, chaque sujet fait l'objet d'une décision, prise à l'échelle du groupe médecin-psychotechnicien, décision qui peut être discutée en Commission, être acceptée d'emblée ou rejetée. La Commission Technique d'Orientation s'efforce toujours d'apprécier, avec objectivité, les possibilités des intéressés, en leur accordant leur chance, si minime puisse-t-elle paraître.

Cette étude est difficile, nous avons entre nos mains des dossiers plus ou moins complets, comme nous le verrons plus loin, que nous avons utilisés au maximum. De plus, chaque sujet est un cas particulier entrant mal dans une classification bien déterminée et pour être parfaitement honnête, il serait nécessaire de reproduire ici les 256 observations.

C'est qu'interviennent pour chacun, la personnalité, les réactions individuelles à la maladie, à l'inactivité et tout un contexte familial et social, en un mot, humain.

C'est pourquoi nos chiffres n'ont pas la prétention de mettre en équation les facteurs psychologiques et humains, qui leur échappent, mais de donner une idée générale du problème, et si possible, d'aider à trouver des solutions valables pour l'avenir.

II - PROBLEME DES TRAUMATISES CRANIENS AU RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Problème d'une importance relative si l'on ne tient compte que du chiffre, puisque, nous le rappelons, sur 7.744 handicapés physiques signalés au Centre de Reclassement Professionnel de janvier à décembre 1958, nous ne trouvons que 249 traumatisés crâniens soit 3,21 %.

Il y en a certainement davantage, car certains sujets sont classés sous d'autres rubriques mais présentent des troubles très voisins, notamment sujets ayant subi des interventions chirurgicales crânio-encéphaliques, traumatisantes de type oto-rhino-laryngologiques ou psycho-chirurgicales par exemple.

35

III - MAIS LE PROBLEME RESTE IMPORTANT PAR LES DIFFICULTES RENCONTREES DANS LE DOMAINE DU RECLASSEMENT SUR TOUS LES PLANS

1) Sur le plan : signalement au Reclassement Professionnel

Il s'est écoulé pour la majorité des traumatisés, entre l'accident et le signalement au Centre de Reclassement, de longues périodes d'inactivité ou d'hospitalisation entrecoupées pour certains d'échecs de reprise du travail ou de recherches d'emploi qui ont retenti sur l'état psychologique et ont fini par déclencher des réactions psycho ou névropathiques, sans parler des cas graves, comitiaux, qui présentent à titre de complications une débilité mentale par exemple.

Les traumatisés crâniens qui ont pu reprendre, par leurs propres moyens, une place active dans la collectivité, les cas simples nous échappent. Tous les cas difficiles ou douteux à cheval entre l'Invalidité et la reprise possible du travail, arrivent au Centre de Reclassement Professionnel, triés par la maladie et par le temps.

Le Centre reçoit des traumatisés qui viennent régulièrement se proposer à plus ou moins longs intervalles. Il est facile alors, pour lui, qui arrive en fin de chaîne, de suivre l'évolution des cas en fonction des échecs de placement. En raison de ce recrutement spécial, l'optique est peut être plus sombre qu'elle ne devrait l'être.

2) Sur le plan médical :

Il conviendrait ici de définir le traumatisme crânien et de décrire les troubles retrouvés dans la plupart des cas.

On peut entendre par traumatisme crânien, des lésions cranio-encéphaliques ouvertes ou fermées, directes ou indirectes, provoquées par un accident (notamment accident du travail) ou une intervention chirurgicale (notamment pour abcès, tumeur, épilepsie).

Le traumatisme accidentel a parfois été violent, accompagné de fractures cranio-faciales, de coma plus ou moins prolongé, dans d'autres cas il s'agit d'une commotion avec ou sans perte de connaissance. Dans quelques cas, simple comotion avec lésion associée, comme par exemple, une fracture du calcanéum.

S'il est facile, sur le plan examen médical, d'apprécier les gros délabrements et leurs conséquences paralytiques, les pertes de substance, auxquels les nouveaux matériaux de prothèse permettent de mieux pallier, il n'en est pas de même des séquelles comitiales, vertigineuses, caractérielles ou confusionnelles, et qui pourtant compliquent d'une manière importante, le reclassement professionnel.

Si actuellement le problème est mieux "connu", il n'en reste pas moins, mal "reconnu", sur le plan expertise. Il y a des cas où, alors que l'on accorde un I.P.P. de 10 %, le psychotechnicien consulté, pense que l'intéressé a perdu 90 % de ses capacités normales de travail.

Actuellement, nous notons dans le barème des invalidités de

éblouissements, vertiges, troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, angoisses, fatigabilité, insomnie, diminution de la mémoire, troubles vaso-moteurs, 20 à 50 %.

Pour la comitialité post-traumatique, sur les guides, barèmes, il est indiqué, crises convulsives : une à deux par mois I.P.P. 35 %. Or, pour le médecin du travail, ce sont des crises fréquentes.

Nous citerons ici la description un peu humoristique de Koupernik concernant le traumatisé crânien. Nous sommes à quelques mois de l'accident. L'intéressé a repris conscience ... il n'a rien de cassé hormis trois dents, les os propres du nez et le petit orteil, et cependant, il n'est plus le même. Il était gai, il est triste, ennuyé de vivre, sans goût à rien. Il aimait faire du bruit, il ne supporte pas celui des autres. Il grimpait aux arbres et maintenant en pleine rue il a un vertige ... Il était dans les premiers de sa classe et maintenant au bout d'une demi heure de travail, il est à la dérive.

"Bien bizarre" dit l'expert, un vieil expert qui en a vu bien d'autres. Il n'a pas de parti-pris, il est là pour constater les faits objectifs... il a beau s'en défendre, derrière les allégations de la victime, il subodore un désir d'utiliser l'événement... Alors il examine selon les bonnes règles apprises... Il inspecte, accorde généreusement 7 % pour le nez, 5 % pour les dents, 3 % pour l'orteil. Puis... il frappe d'un coup sec le tendon rotulien. La jambe saute... A quoi bon détailler l'examen; notre expert ne trouve aucun symptôme anormal; le cervelet est sain, les paires crâniennes intactes et il conclut... que ce cerveau n'a pas souffert de l'accident... Mais alors, et le reste ?... 'Syndrome subjectif des traumatisés crâniens.'

Qu'est-ce que le syndrome "subjectif".

Un syndrome à symptomatologie fonctionnelle riche, survenant après un traumatisme cranio cérébral d'importance plus ou moins grande, à plus ou moins brève échéance.

Les symptômes

céphalées exagérées par les efforts physiques ou intellectuels, par les changements de position de la tête, accompagnées de malaises, sans nausées ni vomissements,

- . vertiges ou plutôt, impression de giration, de latéropulsion plus que vertiges vrais (sauf quand il y a atteinte O.R.L.). Le sujet interprète différemment le vertige, selon le métier, par exemple. Le maçon pense au vertige qui peut l'atteindre sur un échafaudage.

Le "vertige" du profane n'est pas le "vertige" du médecin.

- . l'appréhension du vide est retrouvée très souvent,
- . bourdonnements d'oreilles,
- . voile devant les yeux,

- Difficulté de l'effort intellectuel, plus appréciée au cours de l'examen psychotechnique, soit au cours de l'entretien, soit grâce aux tests,
- les troubles de la mémoire sont aussi particulièrement gênants, oubli des notions professionnelles acquisés faisant perdre la qualification, oubli des consignes, du travail à accomplir. Ils prennent parfois la forme d'absences.

"Il faut lui dire sans cesse ce qu'il a à faire, il est devenu inutilisable... je perds tout mon temps à lui dire ce qu'il doit faire, à contrôler qu'il n'ait pas oublié un temps essentiel du travail (*de bloquer un boulon, de mettre une goupille*)" nous disent les contre-maîtres après un essai de reprise.

"Je dois tout lui noter lorsque je lui demande de faire des courses sinon il en oublie les 3/4" déclare l'épouse du blessé.

- l'asthénie, la fatigabilité, sont fréquemment rencontrées,
- les troubles du sommeil qui consistent souvent en une insomnie nocturne s'opposant à une somnolence diurne, on trouve parfois une hypersomnie,
- les troubles du caractère, consistent en une irritabilité, une nervosité.

Ils sont caractérisés fréquemment par des colères explosives assez semblables aux colères comitiales, dont la violence n'est jamais motivée, survenant brusquement sans raisons apparentes, précédées parfois d'une espèce d'inquiétude vague. Dans ce cas, le sujet en en prenant conscience, s'éloigne. "Je vais faire un petit tour en attendant que ma colère se passe" disent les intéressés. "Tout m'irrite, le simple fait que ma fourchette ne soit pas mise à sa place habituelle". Tel autre après avoir brutalement battu ses enfants, sans motifs, s'en va sangloter sur son lit. Colères vite regrettées mais qui entraînent rapidement le licenciement en milieu de travail et au foyer la dissociation des ménages.

- L'intolérance au bruit est un élément important, retrouvé souvent et un des plus gênants dans la vie du travail en milieu industriel. Il n'est guère de poste qui soit à l'heure actuelle à l'abri du bruit et au cours de l'interrogatoire, le traumatisé nous signale qu'il n'aime plus la radio depuis l'accident, qu'il ne supporte plus les cris des enfants, que les transports en commun lui sont très pénibles.

Si l'on pense à l'état déjà irritable de ces individus, il est bien évident que l'intolérance au bruit ne vient pas simplifier les difficultés de réadaptation.

Tous ces troubles sont variables avec chaque individu, dans leur intensité, leur fréquence, ils prennent plus ou moins d'importance selon le métier, ils entraînent souvent une incapacité totale de travail en milieu industriel et un ouvrier de la ville qui ignore tout des travaux agricoles ne trouvera pas facilement un emploi à la campagne.

Lorsque ces troubles durent et que s'y surajoutent des échecs répétés dans la vie professionnelle, s'accompagnant d'ennuis pécuniaires et familiaux, des troubles névrotiques s'installent, qui à la fois, masquent et compliquent le syndrome originel. Certains croient même y voir une sinistrose, et un refus de reprise d'activité.

Cette symptomatologie, difficile à objectiver sur la pathologie de laquelle organo-fonctionnelle ou névrotique l'accord est loin d'être fait, dont la thérapeutique est encore mal réglée et le pronostic bien incertain, a des limites difficiles à établir.

A côté de ce syndrome "subjectif", existent des troubles paroxystiques difficiles à observer et dont la fréquence peut varier considérablement selon les conditions de vie. Il s'agit de crises comitiales caractérisées dont le nombre est variable, d'équivalents comitiaux, en particulier d'absences, qui peuvent souvent être ignorées du sujet lui-même et ne sont évidemment pas toujours mises en évidence au cours d'un examen médical.

Difficultés pour le médecin du Centre de Reclassement Professionnel de constituer un dossier complet.

En effet,

- . l'interrogatoire est souvent infructueux, quant à
- . l'histoire de l'accident et de ses symptômes d'accompagnement.

Il est malaisé lorsque le sujet n'a pas été hospitalisé, cas pour lequel une "enquête Hôpital" donne des renseignements précieux, de faire préciser les conséquences immédiates de l'accident, la perte ou non de connaissance, le coma, la profondeur du coma.

- . de faire détailler cette période de réveil faite d'obnubilation, de reprise de conscience progressive à la réalité, période pendant laquelle les uns disent, j'ai eu tout d'abord du mal à parler, j'ai du réapprendre les notions les plus élémentaires de calcul, de lecture. Période d'apathie qui fait place parfois dans un deuxième stade à une période d'excitation comme s'il y avait libération brutale d'un frein.
- . Difficulté de faire la part de ce qui est la conséquence directe du traumatisme et de ce qui existait antérieurement, et sur le plan médical proprement dit, absences d'observations antérieures au traumatisme et qui pourraient fournir des éléments de comparaison surtout en ce qui concerne l'examen neurologique d'une part, les examens complémentaires d'autre part.

Comme nous le verrons dans nos tableaux, l'examen neurologique, hormis dans le cas de gros délabrements ayant entraîné une hémiplégie ou d'importants troubles moteurs, est souvent normal.

Les examens complémentaires :

donnent des résultats succincts, ou mettent en évidence, des anomalies d'interprétation délicate.

L'examen labyrinthique peut signaler une hypoexcitabilité ou une hyperexcitabilité.

L'examen auditif une hyperacousie ou une hypoacousie le plus souvent, nette, habituellement définitive.

L'examen oculaire, un rétrécissement du champ visuel, des lésions du fond d'oeil.

L'électroencéphalogramme, pratiqué dans le plus grand nombre de cas possible, n'est pas toujours convaincant. Quelle valeur lui accorder, si l'on en juge une statistique américaine qui a trouvé 20 % d'électroencéphalogrammes perturbés chez les sujets normaux (militaires).

D'autre part, il est difficile de comparer les électroencéphalogrammes obtenus avec d'autres antérieurs à l'accident, pour pouvoir prouver que certaines anomalies sont secondaires au traumatisme.

Il serait également nécessaire de multiplier les électroencéphalogrammes pour le même individu.

FELD a mis, en observation pendant plusieurs semaines dans un hôpital, des traumatisés crâniens pour lesquels on a multiplié les examens; tels qu'électroencéphalogrammes, il est arrivé dans certains cas à mettre en évidence des anomalies du tracé.

Dans le cas où l'électroencéphalogramme est normal, peut-on en conclure que le sujet n'a pas de lésion ?

L'encéphalographie gazeuse est une exploration délicate, ne peut se réaliser qu'en milieu hospitalier et demande également un certain entraînement pour pouvoir l'interpréter. Elle peut montrer dans les cas les plus fréquents, une dilatation passive des espaces ventriculaires et péricérébraux par atrophie corticale.

La pathogénie de tous ces troubles a été attribuée à des perturbations circulatoires, à une hypertension ou une hypotension du liquide céphalorachidien.

Au point de vue anatomo-pathologique, dans les rares cas vérifiés, on a constaté des lésions discrètes : foyers microscopiques de contusion cérébrale, petites lésions vasculaires avec réactions dégénératives cellulaires.

L'évolution du syndrome est très variable. Classiquement, on la dit favorable en 6 mois à 1 an. Certains symptômes peuvent disparaître, d'autres comme l'asthénie, les troubles de la mémoire, l'intolérance au bruit, l'irritabilité persistent plus longtemps. Si dans certains cas, ils s'atténuent, dans d'autres cas ils peuvent au contraire s'intensifier. Cette variabilité des troubles paraît être parfois en rapport avec les réactions psychologiques de chacun.

Il reste sur le plan médical, encore une autre difficulté. Il s'agit du traitement.

Les sujets envoyés au Reclassement n'ont pas suivi de traitement ou l'ont mal suivi et l'on sait l'importance de la thérapeutique, encore plus grande dans la comitialité, puisque pour les traumatisés crâniens, en général, le traitement est encore mal connu et se borne à être symptomatique.

Il est souvent difficile de faire préciser à l'interrogatoire les bases du traitement et de savoir si le traitement a réellement été suivi.

3) Difficultés rencontrées sur le plan rééducation et placement

Les Centres de rééducation ont une certaine appréhension à prendre ce qu'ils appellent "les blessés de la tête".

Au point de vue placement, les prospecteurs placiers se heurtent aux refus des employeurs chez lesquels, et comme dans le public en général, existe un préjugé tenace très défavorable, concernant la possibilité d'employer les traumatisés crâniens et plus particulièrement encore les épileptiques.

Comme nous le verrons d'ailleurs, dans un chapitre spécial réservé aux épileptiques, les difficultés procurées au Reclassement Professionnel par les handicapés sont très importantes.

Evidemment les employeurs ne sont pas des philanthropes et ne peuvent pas l'être dans la conjoncture économique actuelle.

Nous avons énuméré, le plus complètement possible, les problèmes posés par les traumatisés crâniens, nous pouvons dire que le travail du psychiatre et du psychotechnicien est d'un grand secours dans la majorité des cas.

Le psychotechnicien, grâce à un examen plus long, met parfois en évidence des symptômes qui ont échappé au médecin, il est plus apte à peser, en tenant compte de la psychologie, les possibilités de reprise d'un travail normal, par ses tests, d'apprécier l'adaptation possible à la cadence, à la durée de l'effort à fournir, à l'automatisation des gestes, au milieu de travail.

Comme nous venons de le voir, l'équipe du Reclassement Professionnel a une tâche difficile pour reclasser les traumatisés aussitôt que possible dans leur ancienne profession, dans leur ancien emploi ou dans une branche d'emploi analogue, en tenant compte de leurs goûts, de leurs aptitudes médicales, de l'état psychologique, en recherchant à éviter les frustrations ou complications psychologiques, résultantes d'une situation où le sujet serait obligé d'accepter un emploi très inférieur à celui auquel il était habitué.

CHAPITRE III

TABLEAUX STATISTIQUES GENERAUX

I - Concernant les 256 dossiers

II - En éliminant les dossiers d'épileptiques et les dossiers sans suite par défaut de réponse :

o par population active

o par population inactive

Les 256 dossiers de traumatisés crâniens ont été étudiés dans le cadre du Centre "André LEVEILLE" où ils ont été signalés, les uns au cours de l'année 1957, les autres au cours de l'année 1958.

Mais nous trouverons des dossiers plus anciens, connus depuis de nombreuses années, qui ont été resignalés ou qui ont fait l'objet de décision de Commission Technique d'Orientation au cours des années 1957 et 1958.

S I G N A L E M E N T S

1°) Par quels Organismes :

Centres payeurs de la Caisse de Sécurité Sociale de PARIS

179 cas - soit 69,9 %

Caisses de Sécurité Sociale des départements périphériques (Oise, Seine-&Marne, Eure-&Loir)

16 cas - soit 6,2 %

Caisses de Sécurité Sociale des autres départements

2 cas - l'un par TOULOUSE
l'autre par MARSEILLE 0,7 %

Signalements de la Main-d'oeuvre

6 cas - soit 2,3 %

Signalements de l'Office Public d'Hygiène Sociale (O.P.H.S.)

4 cas - soit 1,5 %

Signalement de l'assuré lui-même

22 cas - soit 8,5 %

Signalements par Assistante Sociale

8 cas - soit 2,3 %

Signalements par des Centres divers

soit par des centres de rééducation fonctionnelle, centres de post-cures pour tuberculeux, Centre d'aveugles

7 cas - soit 2,7 %

Signalements divers

Comme nous le voyons, 197 sujets ont été adressés au Centre "André LEVEILLE" par le Contrôle Médical des Centres Payeurs de Sécurité Sociale, ce qui représente 76,9 % des signalements.

Il est à noter que le signalement n'est pas fait toujours pour traumatisme crânien mais pour maladie intercurrente, le traumatisme étant découvert au cours des examens.

2°) Années du signalement :

Année 1957 : 63 cas dont 1 qui a été resignalé en 1958

Année 1958 : 164 cas mais en

1956 : 23 cas qui ont été repris

1955 : 5 cas dont 2 resignalés en 1958

1954 : 1 cas qui a été resignalé en 1958

Total : 29 cas

Ces 29 cas représentent 11,3 %.

Ce sont des cas difficiles de sujets qui envoyés au Centre comme étant susceptibles d'être reclassés, consolidés, sont, en fait, des sujets qui relèvent d'un traitement, qui doivent être remis en rechute, ou pour lesquels une solution correspondant à leur état, ne peut être trouvée dans l'immédiat.

3°) Durée séparant le traumatisme crânien du signalement

3 mois	7 cas	soit 2,7 %
3 à 6 mois	35 "	" 13,6 %
6 mois à 1 an	97 "	" 37,8 %
1 an à 2 ans	43 "	" 16,7 %
2 ans	18 "	" 7 %
3 ans	13 "	" 5 %
4 ans	13 "	" 5 %
et plus	30 "	" 11,7 %

256 cas

Si la majorité des cas se situe entre 6 mois à 2 ans, notons l'importance des cas signalés plus de 4 ans après le traumatisme. Ils étaient en soins ou bien avaient essayé de retravailler mais ont "rechuté".

4°) Répartition par groupe d'âge et par sexe :

233 hommes soit 91 %

23 femmes soit 8,9 %

Les femmes ont des métiers moins exposés aux traumatismes.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
. moins de 20 ans	4	—	4
. de 20 à 24 ans	23	4	27
. de 25 à 29 ans	40	4	44
. de 30 à 34 ans	43	3	46
. de 35 à 39 ans	38	3	41
. de 40 à 44 ans	21	—	21
. de 45 à 49 ans	22	5	27
. de 50 à 54 ans	13	1	24
. de 55 à 59 ans	13	3	16
+ de 60 ans	6	—	6
	233	23	256

% par groupes d'âge :

- . de moins de 20 ans à 39 ans : 63,2 %
- . de 40 ans à plus de 60 ans : 36,7 %

Il semble qu'il n'y a pas d'"âge" pour le traumatisme crânien

5°) Nationalité :

- . 203 Français soit 79,2 %
- . 53 Etrangers et Nord-Africains soit 20,7 %

Le pourcentage important d'étrangers entre encore parmi les nombreuses difficultés du reclassement avec les problèmes de langue, de niveau intellectuel, et de psychologie.

6°) Nombre de traumatisés du crâne pris en charge au titre de .

a) Des assurances sociales :

	HOMMES	FEMMES
Maladie		
72 cas soit 28,1 %	59	13
Invalidité		
16 cas soit 6,2 %	16	—

b) Accidents du travail

168 cas soit 65,6 % 158 10

— 4 cas d'Incapacité temporaire.

Dans les 164 accidents du travail, les I.P.P. se répartissent ainsi

0 à 9 %	2 cas
10 à 19 %	15 "
20 à 29 %	32 "
30 à 39 %	15 "
40 à 49 %	13 "
50 à 59 %	7 "
60 à 69 %	12 "
70 à 79 %	11 "
80 à 89 %	6 "
90 à 99 %	2 "
100 %	5 "
non connu	24 "
non consolidé	4 "
non fixé	14 "
en expertise	1 "
pas d'I.P.P.	1 "
passé en maladie	1 "

7°) Répartition en fonction des circonstances .

a) Assurances Sociales :

Maladie :

Accidents de la circulation

25 cas soit 34,7 % des 72 assurances maladies.

b) Accidents du travail :

Accidents du trajet : 13 cas soit 7,7 % des 168 accidents du travail.

Mais nous ne tiendrons pas compte de ce chiffre qui est, sans aucun doute, plus important, les précisions nous ayant souvent manqué.

8°) Répartition en fonction des maladies concomitantes .

Tuberculose	11 cas
Cardiopathie	3 "
Ethylisme	9 "
Tuberculose plus éthylisme	4 "
Maladies mentales	3 "
Séquelles de tumeur cérébrale	2 "

• Ulcus gastrique	2 cas
• Pancréatite chronique	1 "
• Lithiase rénale	1 "
• Asthme	2 "
• Ostéite et ostéomyélite	2 "
• Poliomyélite	1 "
• Syphilis	1 "
• Evidement pétromastoïdien sans rapport avec le traumatisme crânien	1 "

9°) Répartition en fonction des activités exercées avant le traumatisme crânien par fréquence décroissante

METIERS	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL	%
Bâtiment	29	50	79	30,2
Métallurgie et Industrie auto	25	22	53	20,7
Manoeuvres	25	-	25	9,7
Electricité radio	5	10	15	5,8
Chauffeurs	-	14	14	5,4
Emplois de bureau	5	8	13	5
Commerce	8	4	12	4,6
Manutentionnaires	11	-	11	4,2
Bois	6	5	11	4,2
Textiles vêtements	3	1	4	1,5
Gens de Maison	4	-	4	1,5
Ecole hôtelière " technique	-	3	3	1,1
Spectacles	1	2	3	1,1
Alimentation	2	6	8	3,1
Instrument de musique	-	1	1	0,3
	124	132	256	
	48,3 %	51,5 %		

10°. Répartition en fonction de la classification clinique des blessures.

• Fractures cranio faciales

85 cas - soit 33,2 % des cas

• Commotions sans fracture

171 cas - soit 66,7 % des cas

• Lésions associées

dans 90 cas se répartissant en

Fractures des membres

56 cas

Lésions diverses

34 cas

telles que contusion thoracique, cervicale, hernie discale, etc..

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces lésions, puisque nous les retrouverons dans des tableaux annexes.

A noter, l'importance des commotions sans fractures.

11°. Répartition en fonction des conséquences du traumatisme :

a) Examen neurologique

• Normal dans 189 cas - soit 73,8 %

• Pathologique dans 67 cas - soit 26,1 %

Les lésions se répartissent ainsi :

• Hémiplégie	12 cas
• Monoplégie	1 "
• Parésies	7 "
• Paralysie des nerfs périphériques	3 "
• Paralysies oculaires	3 "
• Paralysies du VII	12 "
• Incoordination motrice	1 "
• Troubles des réflexes : (hyperréflexivité) (hyporéflexivité)	4 "
• Troubles cérébelleux	5 "
• Parkinson post-trauma	1 "
• Tremblement	5 "
• Signes d'hypertension intra-cranienne	3 "
• Troubles sensitifs ou sensitivo moteurs	2 "

• Nystagmus d'origine non précisée	1 cas
• Périarthrite scapulo-humérale	1
• Troubles endocriniens post-trauma	2
dont 1 hyperthyroïdie	
1 diabète + hypercorticisme	

b) Troubles de la parole

4 cas

c) Epilepsie

55 cas mais 8 cas antérieurs au traumatisme soit : 47 cas post-traumatiques.

d) Troubles fonctionnels

• céphalées	dans 131 cas
• bourdonnements d'oreille	" 54 "
• vertiges	" 117 "
• lenteur intellectuelle	" 57 "
• troubles de la mémoire	" 79 "
• troubles du sommeil	" 47 "
• Asthénie fatigabilité	" 51 "
• Irritabilité	" 84 "
• Intolérance au bruit	" 48 "

Dans 45 cas, pas de syndrome fonctionnel, si l'on tient compte de 5 dossiers où les renseignements sont imprécis parce qu'ils ont été envoyés par d'autres Caisses.

Il n'en demeure pas moins qu'il n'y a pas de syndrome dans 40 cas, soit dans 15,6 % des cas.

A noter cependant les difficultés de l'examen qui ont pu camoufler des signes négligés par l'intéressé surtout s'il veut absolument reprendre le travail.

12°) Répartition en fonction des examens complémentaires demandés

A - ELECTROENCEPHALOGRAMMES

83 demandés soit dans 32,4 % des cas dont	% sur les 83
29 normaux	34,9 %
54 pathologiques	65 %

Notons que les perturbations des électroencéphalogrammes ne sont pas d'égale importance.

Ondes lentes sans localisations bien déterminées.

Tendances à l'endormissement.

Tracés "irritatifs".

Ces anomalies étant les plus fréquentes.

B - ENCEPHALOGRAPHIES GAZEUSES

8 ont été faites, dans 3,1 % des cas,

dont : 5 ont été normales,
3 pathologiques

La majorité a été faite pour des comitiaux, c'est-à-dire : 5

dont : 3 normales
2 pathologiques

C - EXAMENS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

50 examens pratiqués, soit 19,5 % des cas avec
48 pathologiques soit dans 96 % des cas.

Les lésions se répartissant ainsi :

. hyperexcitabilité labyrinthique	: 9 cas
. hypoexcitabilité labyrinthique	: 7 cas
. hypoacousie	: 24 cas
. surdité unilatérale ou bilatérale	: 3 cas
. troubles vestibulaires	: 3 cas
. troubles cochléaires	: 2 cas

D - EXAMENS OPHTALMOLOGIQUES

48 examens faits dont 11 normaux
37 pathologiques

se répartissant en :

. Cécité	3 cas sur les 37
. Baisse de l'acuité visuelle	12 " "
. Diplopie dans 3 cas par paralysies oculaires	10 " "
. Lésions du fond d'oeil	6 " "
. Glaucome sans rapport avec le traumatisme	1 " "
. Hémianopsie	1 " "

. Kératite neuro-
paralytique

2 cas sur les 37

. Nystagmus

2 " "

E - EXAMENS PSYCHOTECHNIQUES

68 examens psychotechniques ont été pratiqués, c'est-à-dire dans 26,5 % des cas.

Nous nous rappelons que le pourcentage d'âge des sujets envoyés au Centre, de 20 à 39 ans, était de 63 %. Or, les examens psychotechniques n'ont pas été pratiqués dans tous les cas.

Tout d'abord, ils ont pu être faits dans les Centres qui nous les ont envoyés.

D'autre part, au Centre de Reclassement Professionnel, le médecin ne dirige un sujet jeune vers le psychotechnicien que lorsqu'il juge que cet examen en vaut la peine. Nous avons vu la proportion de 21 % d'étrangers sans compter les illettrés.

Signalons, toutefois, que la limite d'âge de 45 ans n'est pas toujours respectée et qu'un examen psychotechnique peut être pratiqué pour des sujets de plus de 45 ans, surtout si une rééducation peut être envisagée.

F - REPARTITION EN FONCTION DES EXAMENS PSYCHIATRIQUES

62 examens ont été demandés, soit dans 24,2 % des cas. se répartissant ainsi :

. Etats névropathiques	34 cas sur les 62
. Névrose	10 " "
Signalons ici que 4 sont post-traumatiques	
Etats psychopathiques et psychoses	11 " "
. Débilité mentale antérieures aggravées après l'accident	6 " "
. Normal	1 " "

13°) Répartition en fonction des décisions prises par la Commission Technique d'Orientation après les avis des médecins et psychotechniciens

La Commission Technique d'Orientation a pratiqué ce que nous pourrions appeler un premier tri. C'est-à-dire que les 256 cas envoyés comme étant susceptibles de Reclassement ont été répartis de la manière suivante. Nous avons expliqué dans le premier chapitre à quoi correspond chaque catégorie

TABLEAU I

. En cours de traitement	35 cas soit 13,6 %	} 72 soit 28,1 %
. Non reclassables	33 cas soit 12,8 %	
. Ateliers protégés	4 cas soit 1,5 %	
. Recherches d'emploi	66 cas soit 25,7 %	} 177 soit 69,1 %
. Reprises du travail	74 cas soit 28,9 %	
. Rééducation-Réadaptation professionnelles	37 cas soit 14,4 %	
. Sans suite par défaut de réponse	7	soit 2,7 %

Or, nous avons à l'heure actuelle un certain recul pour juger de l'évolution des sujets, pour les uns, 1 an, pour les autres, 2 ans, pour d'autres encore beaucoup plus longtemps après le premier signalement.

C'est ainsi qu'à l'heure actuelle, nous obtenons le tableau suivant.

TABLEAU II

. En cours de traitement	45 cas soit 17,5 %	} 92 soit 35,9 %
. Non reclassables	43 cas soit 16,7 %	
. Ateliers protégés	4 cas soit 1,5 %	
. Recherches d'emploi	32 cas soit 12,5 %	} 136 soit 53,1 %
. Reprise du travail	94 cas soit 36,7 %	
. Rééducation-Réadaptation professionnelles	10 cas soit 3,9 %	
. Sans suite par défaut de réponses	28	soit 10,9 %

Ces deux tableaux ont pour but de montrer l'évolution difficilement prévisible des cas :

- . les uns semblent aptes à une reprise de travail, à une rééducation et après quelques mois, un an, se trouvent placés dans une autre catégorie; celle des sujets en traitement par exemple,
- . le syndrome s'exagère à l'effort.
Nous avons vu une observation où les troubles se sont manifestés violemment au début d'une rééducation de comptabilité,
- . l'examen psychotechnique en faisant prendre conscience du déficit intellectuel rend parfois un mauvais service à l'assuré,
- . l'état névropathique ancien est aggravé par l'accident et l'on voit des sujets ayant supporté jusque là tous leurs ennuis, perdre pied,

- la névrose apparaît comme conséquences des échecs rencontrés dans les tentatives de reprise d'une vie normale et ,
- cas rares, mais existant néanmoins, de ce que l'on pourrait appeler la névrose de pension, où le sujet ne veut pas travailler avant que sa rente ne soit fixée.

Enfin, il est cas où, par courage personnel, par nécessités conjuguées, pécuniaires et familiales, le sujet s'efforce de reprendre une vie sensiblement normale en surmontant ses maux.

II - TABLEAUX PAR POPULATION ACTIVE ET INACTIVE

Nous allons essayer à présent de faire ressortir les relations existant entre la situation actuelle des sujets, la nature et le degré de leurs séquelles.

Nous laisserons volontairement de côté les épileptiques qui feront l'objet d'un chapitre particulier et qui sont au nombre de 55.

Nous laisserons également les dossiers sans suite par défaut de réponse qui seront retrouvés dans les tableaux annexes : c'est-à-dire 28 dont 4 épileptiques.

Pour faciliter la lecture des tableaux, nous avons décidé de les étudier par :

• Population active :

115 cas comprenant	{	80 reprises du travail
	{	27 recherches d'emploi en cours
	{	8 rééducation-réadaptation professionnelles

et

• Population inactive :

62 cas comprenant	{	27 irrécassables
	{	2 ateliers protégés
	{	33 en cours de traitement

Il faut noter que les notions "active" et "inactive" sont prises à un moment donné et que l'instabilité de la situation de ces malades rend cette distinction relative. Nous l'avons cependant maintenue à titre d'hypothèse de travail, du fait même de son importance pour le Reclassement Professionnel.

1°) Durée séparant le traumatisme crânien du signalement

	POPULATION ACTIVE % SUR 115	POPULATION INACTIVE % SUR 62
• 3 mois	4,8	1,6
• 3 à 6 mois	13	22,5
• 6 mois à 1 an	<u>4,6</u>	29,4
• 1 an à 2 ans	<u>14,7</u>	18,1
• 2 ans	5,2	4,8
• 3 ans	5,2	4,8

. 4 ans	5,2	6,4
. et plus	9,5	16,1

2°) Répartition par sexe :

. Femmes	14	8
. Hommes	101	54

Remarquons la forte proportion de femmes qui ont repris une vie active, puisque sur 23 femmes reçues au Reclassement Professionnel au titre de traumatisées craniennes, si l'on enlève le seul cas d'épilepsie trouvé, 63,6 % se situent dans la population active.

3°) Répartition par âge :

	POPULATION A (1971)	POPULATION INACTIVE (1971)
. moins de 20 ans	2	2
. 20 à 24 ans	14	8
. 25 à 29 ans	18	12
. 30 à 34 ans	19	7
. 35 à 39 ans	22	6
. 40 à 44 ans	6	4
. 45 à 49 ans	18	3
. 50 à 54 ans	7	12
. 55 à 59 ans	7	6
. plus de 60 ans	2	2

Pourcentage par groupe d'âge :

. de moins de 20 ans à 39 ans	65,2 %	56,4 %
. de 40 ans à plus de 60 ans	34,7 %	43,5 %

4°) Nationalité :

. Français	80,8 %	75,8 %
. Nord-Africains et étrangers	19,1 %	24,1 %

5°) Taux d'I.P.P.

. 0 à 9 %	-	4,8 %
. 10 à 19 %	5,1 %	14,6 %
. 20 à 29 %	24,3 %	12,1 %
. 30 à 39 %	7,6 %	4,8 %
. 40 à 49 %	10,2 %	4,8 %
. 50 à 59 %	6,4 %	-
. 60 à 69 %	6,4 %	4,8 %
. 70 à 79 %	7,6 %	7,3 %
. 80 à 89 %	1,2 %	4,8 %
. 90 à 99 %	-	4,8 %
. 100 %	1,2 %	12,1 %
. Taux non connus	19,2 %	9,7 %
. Non consolidés	2,5 %	2,4 %
. Non fixés	6,4 %	9,7 %
. En expertise	1,2 %	
. Sans I.P.P.	-	2,4 %

6*) Maladies cocomitantes

POPULATION ACTIVE (115)	POPULATION INACTIVE (62)
15,6 %	20,9 %

On peut retenir l'importance des maladies concomitantes dans le reclassement.

Celles trouvées dans ce que nous avons appelé la population inactive sont :

- . 4 tuberculoses
- . 2 cardiopathies
- . 5 éthyliques
- . 2 tuberculoses + éthylique

7*) Répartition en fonction des métiers exercés avant le traumatisme crânien

. Bâtiment	29,5 %	32,2 %
. Bois	6 %	4,8 %
. Emplois de bureau	6,9 %	3,2 %
. Commerce	3,4 %	4,8 %
. Métallurgie et industrie auto	19,1 %	16,1 %
. Radio électricité	7,8 %	4,8 %
. Textiles et vêtements	2,6 %	-
. Manoeuvres	6,9 %	12,9 %
. Manutentionnaires	3,4 %	4,8 %
. Ecole Hôtelière et technique	2,6 %	-
. Gens de maison	3,4 %	-
. Spectacles	0,8 %	1,6 %
. Alimentation	2,6 %	6,4 %
. Chauffeurs	4,3 %	8 %
. Professions qualifiées	48,6 %	53,2 %
. Professions non qualifiées	51,3 %	46,7 %

8*) Répartition en fonction de la classification clinique des blessures

. Fractures cranio-faciales	29,5 %	38,7 %
. Commotion sans fracture	70,4 %	61,2 %
. Lésions associées	40,8 %	33,8 %
. Fractures des membres	76,5 %	33,3 %
. Divers	23,4 %	66,6 %

Dans ce tableau, on peut retenir que les inactifs ont, par rapport aux autres, plus de fractures cranio-faciales et des lésions associées autres que fractures des membres.

9*) Répartition en fonction des conséquences des traumatismes :

A - EXAMEN NEUROLOGIQUE

. Normal	80 %	64,5 %
. Pathologique	20 %	35,4 %

Dans les cas d'examens pathologiques :	POPULATION ACTIVE % SUR 115	POPULATION INACTIVE % SUR 62
. Hémiplégie	8,6	22,7
. Troubles moteurs en général (paralysie nerfs périphériques et nerfs crâniens)	65,2	50
. Troubles de la parole	4,3	4,5
. Troubles cérébelleux	4,3	9

Nous n'avons pas tenu compte, ici, des troubles d'ordre secondaire, que nous retrouverons dans les tableaux annexes.

B - SYNDROME FONCTIONNEL

. Céphalées	43,4	58
. Vertiges	53	53,2
. Troubles de la mémoire	29,5	50
. Irritabilité	29,5	48,3
. Asthénie, fatigabilité	19,1	25,8
. Troubles du sommeil	13	24,1
. Intolérance au bruit	19,1	22,5
. Lenteur intellectuelle	11,3	22,5
. Bourdonnements d'oreille	7,8	11,2

10*) En fonction des examens complémentaires

A - ÉLECTROENCEPHALOGRAMMES

. Examens faits dans	26 des cas	25,8 des cas
. avec E.E.G. normaux	36,6	43,7
. avec E.E.G. pathologique	63,3	56,2

Chiffres paradoxaux, mais nous avons vu à quel point l'électro-encéphalogramme était décevant.

B - EXAMENS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

- Examens faits dans	16,5 des cas	25,8 des cas
. Pathologiques dans	15,6	24,1

C - EXAMENS OPHTALMOLOGIQUES

- Examens faits dans	20	20,9
. Normaux	26	15,3
. Pathologiques	73,9	84,6

D - EXAMENS PSYCHOTECHNIQUES

- Examens faits dans	31,3 des cas	25,8 des cas
----------------------	--------------	--------------

E - EXAMENS PSYCHIATRIQUES

- Examens faits dans	26 des cas	25,8 des cas
. avec comme résultat :		
. examen normal	3,3	
. états névropathiques	56,6	43,7



. névrose	13,3	12,5
. psychose ou états psychopathiques	16,6	25
. débilité mentale	10	18,7

Nous signalerons ici, que nous avons classé dans les états névropathiques, les états dépressifs, états anxieux, en règle générale les troubles légers par opposition aux troubles psychopathiques et psychotiques, confusion mentale, mélancolie avec tentative de suicide, hallucinations auditives, état paranoïaque, ce qui expliquerait les paradoxes du tableau ci-dessus.

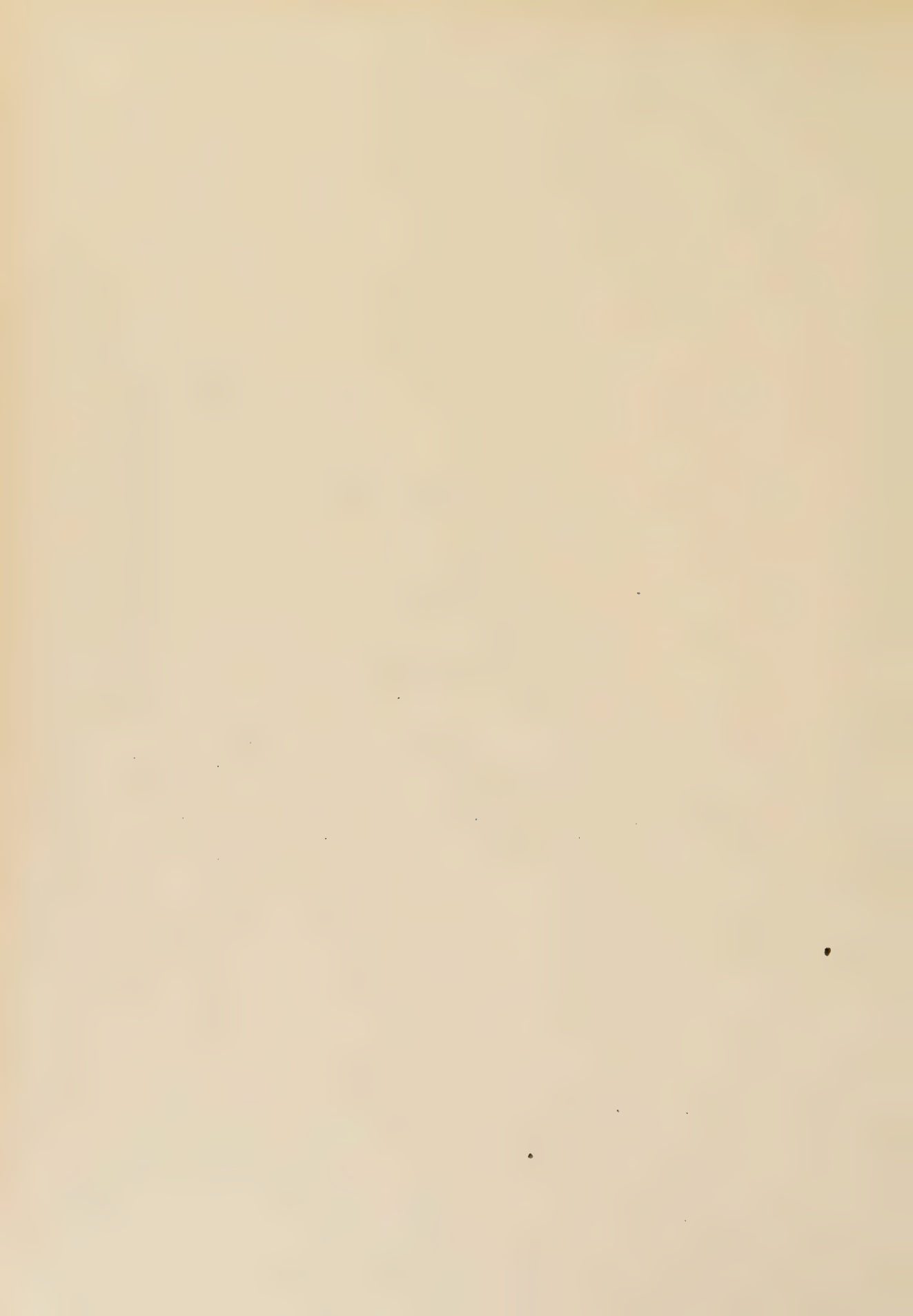
En résumé, ce qui frappe chez les inactifs par rapport aux autres, c'est :

- 1°) l'importance de ceux qui ont été signalés longtemps après le traumatisme,
- 2°) une proportion plus grande d'étrangers
- 3°) importance des maladies concomitantes
- 4°) au point de vue métier, importance des ouvriers du bâtiment, et manoeuvres,
- 5°) au point de vue lésion. Les fractures cranio-faciales sont en plus grand nombre
- 6°) à l'examen neurologique, plus de signes objectifs. Importance des hémiplésies
- 7°) aux examens complémentaires, oto-rhino-laryngologique et ophtalmologique, plus de perturbations,
- 8°) retenir la valeur relative de l'électroencéphalogramme
- 9°) syndrome subjectif majoré sauf pour les vertiges, ce qui tendrait à prouver que le syndrome est plus net dans les cas de fractures cranio-faciales que dans les commotions sans fractures
- 10°) peu d'inactifs n'ont pas de syndrome subjectif
- 11°) enfin, les troubles psychiatriques sont ~~plus~~ graves chez les inactifs.

CHAPITRE IV

TABLEAUX ANNEXES

Etude détaillée des traumatisés crâniens
(sauf les épileptiques) en fonction de leur situation
actuelle et de la nature et du degré de leurs séquelles.



I - REEDUCATION-READAPTATION PROFESSIONNELLES

Le Centre de Reclassement Professionnel avait préconisé, comme nous l'a montré le tableau général .

37 rééducation-réadaptations
dont 2 réadaptations professionnelles

35 rééducations professionnelles

dans les métiers suivants :

- 10 O.S. polyvalents
- 2 dessinateurs industriels
- 2 aligneurs radio
- 2 monteurs-câbleurs soudeurs (1 femme)
- 1 électricité de mesure
- 1 ajustage électrique
- 2 contrôleurs radio
- 4 câblage dont (1 femme)
- 2 équipagistes
- 1 tailleur apiéceur
- 3 maroquinerie (2 femmes)
- 1 vannier
- 1 horticulture
- 3 comptabilité

Etant donné le petit nombre de réadaptations professionnelles en Centre, nous les avons groupées avec les rééducations. Sur 37 rééducations-réadaptations, 10 sont encore en cours dont 2 épileptiques.

Pourquoi ces chiffres diffèrent-ils ?

3 sujets ont été, après échec d'un essai de rééducation, déclarés irreclassables ou relevant d'atelier protégé dont 1 épileptique,

8 sont actuellement en cours de traitement dont 2 épileptiques,

1 s'est suicidé avant d'entrer en Centre,

11 ont repris le travail dont 1 épileptique,

2 ont quitté le Centre et n'ont plus donné de réponse,

2 font l'objet d'une recherche d'emploi dont 1 épileptique.

Etudions les 8 sujets "non épileptiques" actuellement en Centres de Rééducation.

- 1°) Sexe : 1 femme
7 hommes
- 2°) Age : 1 de moins de 20 ans
3 de 20 ans à 24 ans
3 de 30 ans à 34 ans
1 de 45 ans à 49 ans
- 3°) Risque : 2 Assurances maladie
6 Accidents du travail
- 4°) Nationalité : tous français
- 5°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	QUALIFIES	NON QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	1	1	2
. Commerce	-	2	2
. Elève école technique	1	-	1
. Manutention	-	1	1
. Industrie	1	-	1
. Gens de maison	-	1	1
	3	5	8

6°) Maladies concomitantes : 1 tuberculose

7°) Année du traumatisme :

. 1952	1 cas sur 8
. 1955	1 " " 8
. 1956	1 " " "
. 1957	4 " " "
. 1958	1 " " "
	8

8°) Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :

. de 3 à 6 mois	2 cas sur 8
. de 6 mois à 1 an	3 "
. de 1 an à 2 ans	2 "
. + de 4 ans	1 "
	8

9°) Lésions :

- . 5 fractures cranio-faciales
- . 3 contusions sans fracture mais dans 1 cas ayant entraîné une cécité.

Dans 2 cas lésions associées .

- . 1 fracture des membres
- . 1 contusion cervicale et dorsale

10°) Examen neurologique :

- . 6 cas normaux
- . 2 pathologiques :
 - . hyperréflexivité
 - . un simple tremblement

11°) "Syndrome subjectif" des traumatisés :

. Vertiges	6 cas sur 8
. Céphalées	3 "
. Asthénie fatigabilité	3 "
. Intolérance au bruit	2 "
. Irritabilité	2 "
. Troubles du sommeil	2 "
. Troubles de la mémoire	2 "
. Lenteur intellectuelle	1 "
. Bourdonnement d'oreille	1 "

2 sujets sur 8 n'ont pas de syndrome subjectif. Aucun ne l'a complet.

12°) Examens complémentaires :

- . 1 Electroencéphalogramme a été demandé. Il est perturbé.
- . 2 examens oto-rhino-laryngologiques : hyperexcitabilité labyrinthique 2 cas
- . 2 examens ophtalmologiques

}	névrite optique post-traumatique	: 1 cas
}	baisse de l'acuité visuelle	: 1 cas

13°) Examens psychotechniques : 6 sur les 8

14°) Examens psychiatriques : états névropathiques : 3 cas

15°) Taux d'I.P.P. : sur les 6 A.T.

. de 10 à 19 %	1 cas sur 6
. de 50 à 59 %	1 "
. de 60 à 69 %	1 "
. de 70 à 79 %	1 "
. non connue	2 "

II - REPRISES DE TRAVAIL

94 sujets ont repris le travail dont 14 épileptiques soit 14,8 %.

Dans quelles conditions :

- . 11 cas après rééducation-réadaptation dont 1 épileptique,
- . 15 cas après recherche d'emploi dont 3 épileptiques,
- . 68 cas d'emblée dont 10 épileptiques.

Après rééducation : sur les 11 cas

- . 7 ont travaillé dans le métier appris, dont 1 à mi-temps, 1 autre avec contrat de 9 mois,
- . 4 ont abandonné le métier appris pour finalement être déclassés dans 2 cas. Dans ces 2 cas, 1 épileptique.

Après recherche d'emploi : sur les 15 cas

- . 11 travaillent dans le même métier ou dans un métier équivalent dont 1 épileptique,
- . 4 sont déclassés par rapport à leur métier antérieur dont 2 épileptiques (*anciens maçons*).

Sur les 68 cas restants :

- . 50 ont repris le même métier ou équivalent dont 6 épileptiques,
- . 18 ont été déclassés dont 4 épileptiques.

On avait demandé 1 contrat.

Dans 6 cas, des allocations spéciales ont été accordées pour des reprises d'activité à temps partiel.

Dans 11 cas, reprises du travail à temps partiel (*dont 7 femmes*).

En résumé, sur 94 reprises du travail :

- . 68 cas dans le même métier ou métier équivalent soit 72,3 %
- . 26 cas déclassés soit 27,6 %

Nous étudierons les 80 reprises du travail chez les sujets "non épileptiques".

1°) Sexe :

- . 12 femmes
- . 68 hommes

2°) Age :

- de 20 ans	1
20 à 24 ans	8
25 à 29 ans	15
30 à 34 ans	15
35 à 39 ans	15
40 à 44 ans	5
45 à 49 ans	12
50 à 54 ans	3
55 à 59 ans	5
+ de 60 ans	1

3°) Risque :

24 maladies (11 cas d'accidents de la voie publique)
 4 invalidités (dont 1 du groupe II)
 52 A.T. (dont 6 accidents du trajet)

4°) Nationalité :

64 français
 16 étrangers et nord-africains

5°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	QUALIFIES	NON QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	13	8	21
. Bois	2	4	6
. Métallurgie Industrie auto	7	7	14
. Electricité	5	3	8
. Emplois de bureau	5	3	8
. Ecole hôtelière	2	-	2
. Chauffeurs	5	-	5
. Vêtements	1	2	3
. Commerce	-	1	1
. Gens de maison	-	1	1
. Manoeuvre	-	5	5
. Alimentation	1	1	2
. Manutention	-	3	3
. Spectacles	-	1	1
	41	39	80

6°) Maladies concomitantes : dans 14 cas

. 2 états névropathiques antérieurs au traumatisme
 . 1 névrose
 . 2 tuberculoses
 . 2 asthmes
 . 1 éthylysme
 . 1 pancréatite chronique
 . 1 évidemment péro mastoïdien sans rapport avec le traumatisme
 . 1 lithiase rénale
 . 1 hypertension
 . 2 affections osseuses { ostéite
 ostéomyélite

14

7°) Année du traumatisme : sur 80 cas

. 1927 1 cas
 . 1943 2 " (1 ancien déporté, 1 autre ayant
 . 1947 1 " eu une trépanation en 1956)
 . 1948 1 "
 . 1950 2 "
 . 1952 1 "

. 1954	4 cas	
. 1955	8 "	
. 1956	10 "	
. 1957	37 "	(à noter 5 polytraumatisés)
. 1958	10 "	

80 cas

8°) **Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :**
sur 80 cas

. 3 mois	3 cas
. 3 à 6 mois	12 "
. 6 mois à 1 an	
inclus	29 "
. 1 an à 2 ans	13 "
. 2 ans après	5 "
. 3 ans après	6 "
. 4 ans après	5 "
. + de 4 ans	7 "

80 cas

9°) **Lésion :**

- 19 cas de fractures cranio faciales
 - dont 2 avec hémorragie méningée
 - 1 avec trépanation
- 61 cas de commotions sans fracture
 - 13 cas où un coma prolongé est signalé
 - 4 cas d'hématomes sous duraux avec 3 trépanations
 - 1 cas d'hémorragie méningée
 - 1 cas d'électrocution suivie d'abcès du cerveau
 - 2 cas de commotion suivie de cécité unilatérale
 - 1 cas où une cordotomie a été pratiquée

Dans 36 cas on note des lésions associées :

- 28 cas de fractures de membres (2 calcanéum)
- 2 plaies cutanées
- 1 scalp du cuir chevelu
- 1 entorse
- 1 pétro mastoïdite
- 1 lésion du sinus frontal
- 1 trauma thoracique
- 1 tassement vertébral

10°) **Examen médical :**

Dans 67 cas : Rien à signaler

Dans les 13 cas restants :

2 hémipariésies	
1 monoplégie	
2 hémipariésies	
1 paralysie du facial	
1 paralysie du nerf moteur oculaire externe	
1 paralysie du nerf cubital	
1 parésie des membres inférieurs	
1 périarthrite scapulo humérale	
1 adiadococinésie	
1 hyperthyroïdie	
1 diabète avec hypercorticisme	{ post-traumatique

13

11°) Syndrome subjectif des traumatisés : sur 80 cas

. Vertiges	42 cas
. Céphalées	37 "
. Troubles de la mémoire	27 "
. Irritabilité	25 "
. Asthénie fatigabilité	14 "
. Intolérance au bruit	14 "
. Troubles du sommeil	11 "
. Lenteur intellectuelle	9 "
. Bourdonnements d'oreille	5 "

Dans 17 cas pas de syndrome subjectif.

12°) Examens complémentaires :

. Electroencéphalogramme dans 22 cas :

9 normaux
13 perturbés sans grande signification
3 de type "irritatif"
9 avec ondes lentes ou tendance à l'endormissement
1 avec signes de souffrance antérieure

. Oto-rhino-laryngologiques :

15 examens faits :

1 normal
4 hyperexcitabilités labyrinthiques
5 hypoacousies
1 surdité unilatérale
2 atteintes cochléaires
1 atteinte vestibulaire

. Ophtalmologiques :

17 examens pratiqués :

6 normaux
2 cécités bilatérales

- 2 diplopies
- 5 baisses de l'acuité visuelle (*aggravation d'un état antérieur*)
- 1 kératite
- 1 atrophie optique (*trépanation*)

13°) Examens psychotechniques :

22 examens pratiqués

14°) Examens psychiatriques

22 examens faits :

- 1 normal
- 10 états névropathiques
- 2 névroses post-traumatiques
- 7 états psychopathiques et psychotiques
- 2 débilités mentales

15°) I.P.P. sur les 52 accidents du travail :

. 10 à 19 %	2
. 20 à 29 %	15
. 30 à 39 %	5
. 40 à 49 %	6
. 50 à 59 %	1
. 60 à 69 %	3
. 70 à 79 %	3
. 80 à 89 %	1
. 100 %	1
. non fixé	5
. non connu	8
. non consolidé	1
. en expertise	1

52

III - RECHERCHES D'EMPLOIS

La Commission avait demandé 66 recherches d'emploi, dans 8 cas il s'agissait d'épileptiques.

Ces 66 cas se répartissent ainsi à l'heure actuelle :

- . 17 sujets n'ont pas donné de nouvelles
- . 15 sujets ont repris le travail dont 3 épileptiques
- . 3 sont passés dans la catégorie des irrécassables dont 1 épileptique
- . 1 sujet est en cours de traitement
- . 30 sujets recherches d'emploi sont en cours

Mais en fait à l'heure actuelle, 32 recherches d'emploi sont en cours, car 2 sujets sont à placer après une rééducation, parmi ces 2 sujets, 1 épileptique.

A signaler que sur ces 32 recherches d'emploi, nous avons 5 épileptiques.

Parmi ces 32, 8 sujets avaient tenté de reprendre un travail, sans succès, avant de se présenter au Centre de Reclassement Professionnel.

Nous étudierons les sujets "non épileptiques" c'est-à-dire 27.

1°) Sexe :

1 femme
26 hommes

2°) Age :

de 20 à 24 ans	3 cas sur 27
de 25 à 29 ans	3 cas sur 27
de 30 à 34 ans	1 cas sur 27
de 35 à 39 ans	7 cas sur 27
de 40 à 44 ans	1 cas sur 27
de 45 à 49 ans	5 cas sur 27
de 50 à 54 ans	4 cas sur 27
de 55 à 59 ans	2 cas sur 27
+ de 60	1 cas sur 27

27

3°) Risque :

Maladie : 6 (*3 accidents de la voie publique*)
Invalidité : 1 (*Invalidité du groupe II*)
A.T. : 20

4°) Nationalité.:

Français 21
Etrangers et
Nord-Africains 6

5°) Métiers exercés avant le traumatisme crânien :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	3	8	11
. Bois	1	-	1
. Métallurgie et industrie auto	4	3	7
. Electricité	1	-	1
. Commerce	-	1	1
. Manoeuvres	3	-	3
. Gens de maison	2	-	2
. Alimentation	-	1	1

Recherches d'emploi demandées dans les métiers suivants .

. Bâtiment	2
. Métallurgie	2
. Petits montages mécaniques	4
. Bureau	2
. Manoeuvres (2 agricoles)	3
. Gens de maison	1
. Gardiens de nuit	5
. Manutentionnaires	8
	27

6°) Maladies concomitantes :

- . 1 poliomyélite antérieure aiguë
- . 1 syphilis
- . 1 tuberculose + éthylisme

7°) Année du traumatisme : sur 27

. 1950	1 cas
. 1952	1 cas
. 1953	1 cas
. 1954	1 cas
. 1955	3 cas
. 1956	1 cas (<i>polytraumatisé antécédent de traumatisme en 1942</i>)
. 1957	16 cas
. 1958	3 cas
	27 cas

8°) Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :

. 3 mois	2 cas sur 27
. 3 à 6 mois	1 cas sur 27
. 6 mois à 1 an	17 cas sur 27
. 1 à 2 ans	2 cas sur 27
. 2 ans	1 cas sur 27
. 4 ans	1 cas sur 27
. + de 4 ans	3 cas sur 27
	27

9°) Lésion

- 10 fractures cranio faciales (*dont l'une suivie de trépanation*)
- 17 commotions

Dans 8 cas lésions associées :

- 7 cas de fractures de membres
- 1 hernie discale

10°) Examen médical .

Dans 19 cas rien à signaler

Dans les 8 cas restants, on note :

5 paralysies du facial

1 hémiparésie

1 paresthésie des membres inférieurs

1 hydrocéphalie

11°) "Syndrome subjectif" des traumatisés :

. Céphalées 10 cas sur 27

. Bourdonnements d'oreille 3 cas sur 27

. Vertiges 13 cas sur 27

. Lenteur intellectuelle 3 cas sur 27

. Troubles de la mémoire 5 cas sur 27

. Troubles du sommeil 2 cas sur 27

. Asthénie fatigabilité 5 cas sur 27

. Irritabilité 7 cas sur 27

. Intolérance au bruit 6 cas sur 27

3 cas sans "syndrome subjectif".

12°) Examens complémentaires :

. Electroencéphalogramme :

7 demandés :

2 normaux

5 perturbés (*ondes lentes, tracé plat, souffrance diffuse*)

. Encéphalographie gazeuse :

2 faites :

1 normale

1 autre montre une dilatation ventriculaire.

. Oto-rhino-laryngologique :

2 examens montrant 2 hypoacusies

. Ophtalmologiques :

4 examens faits .

2 nystagmus

1 kératite neuro paralytique

1 baisse de l'acuité visuelle

13°) Examens psychotechniques :

8 ont été pratiqués

14°) Examens psychiatriques .

5 ont été faits :

2 états névropathiques
2 névroses
1 débilité mentale

15°) Taux d'I.P.P. : sur les 20 A.T.

. 10 à 19 %	1
. 20 à 29 %	4
. 30 à 39 %	1
. 40 à 49 %	2
. 50 à 59 %	3
. 60 à 69 %	1
. 70 à 79 %	2
. taux non connu	5
. non consolidé	1
	20

IV - IRRECLASSABLES

Le chiffre des irreclassables s'élève à 43, soit :
16 épileptiques, c'est-à-dire 37,2 % et
27 autres

Les irreclassables se répartissent ainsi :

- . 24 irreclassables d'emblée à la C.T.O. dont
8 épileptiques
- . 10 irreclassables après échec de reprise du travail
dont 5 épileptiques
- . 3 irreclassables après échec de recherche d'emploi
dont 1 épileptique
- . 3 après échec de rééducation dont 1 épileptique
- . 3 irreclassables actuellement car à traiter dont
1 épileptique

43

Nous étudierons les 27 irreclassables "non épileptiques".

1°) Sexe :

25 hommes
2 femmes

2°) Age :

20 à 24 ans	5	} 17 soit 62,2 %
25 à 29 ans	7	
30 à 34 ans	3	
35 à 39 ans	2	

40 à 44 ans	1	}	10 soit 37 %
45 à 49 ans	1		
50 à 54 ans	4		
55 à 59 ans	2		
+ de 60 ans	2		

3°) **Risque :**

Maladie	7
Invalidité	3 (<i>dont 2 du groupe II</i>)
A.T.	17

4°) **Nationalité :**

Français	18
Etrangers et nord-africains	9

5°) **Métiers exercés avant le traumatisme crânien :**

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	2	5	7
. Bois	-	1	1
. Métallurgie et industrie auto	2	4	6
. Radio électricité	-	2	2
. Manoeuvres	4	-	4
. Chauffeurs	-	4	4
. Alimentation	1	1	2
. Spectacles	-	1	1
	9	18	27

6°) **Maladies concomitantes :**

- . 1 cardiopathie
- . 1 tuberculose + éthylisme
- . 1 éthylisme

7°) **Année du traumatisme :**

. 1944	1 cas sur 27
. 1948	1 cas sur 27
. 1951	2 cas sur 27
. 1952	1 cas sur 27
. 1953	2 cas sur 27
. 1954	2 cas sur 27
. 1955	7 cas sur 27
. 1956	1 cas sur 27
. 1957	6 cas sur 27
. 1958	4 cas sur 27

8°) Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :

Sur 27 :

. 3 mois à 6 mois	11 cas
. 6 mois à 1 an	1 cas
. 1 an à 2 ans	5 cas
. 2 ans	1 cas
. 3 ans	1 cas
. 4 ans	3 cas
. + de 4 ans	5 cas

27 cas

9°) Lésion :

7 fractures cranio faciales
20 commotions

Dans 8 cas lésions associées :

4 fractures des membres
1 hernie discale
2 paralysies du plexus brachial par élongation ou
luxation de l'épaule
1 contusion de L5 S1

10°) Examen médical :

Dans 15 cas : rien à signaler

Dans les 12 cas restants :

9 paralysies
1 paresthésie
2 cas où l'on ne trouve qu'un tremblement

11°) "Syndrome subjectif" des traumatisés : sur 27

. Céphalées	16 cas sur 27
. Bourdonnements d'oreille	4 cas sur 27
. Vertiges	15 cas sur 27
. Lenteur intellectuelle	7 cas sur 27
. Troubles de la mémoire	16 cas sur 27
. Troubles du sommeil	8 cas sur 27
. Asthénie fatigabilité	9 cas sur 27
. Irritabilité	15 cas sur 27
. Intolérance au bruit	8 cas sur 27

12°) Examens complémentaires :

. Electroencéphalogramme :

6 pratiqués :

2 normaux
4 perturbés (ondes lentes, signes de souffrance
sans localisation précise).

. Encéphalographie gazeuse :

1 qui est normale

. Oto-rhino-laryngologiques :

6 examens faits :

1 hypoexcitabilité labyrinthique

5 hypoacusies

. Ophtalmologiques :

7 examens :

1 normal

2 diplopies

2 baisses de l'acuité visuelle

1 hémianopsie

1 lésion du fond d'oeil

13°) Examens psychotechniques :

10 examens ont été faits

14°) Examens psychiatriques :

10 examens faits :

2 débilites aggravées par le traumatisme

3 états névropathiques

1 névrose post-traumatique

4 états psychopathiques ou psychotiques

15°) Taux d'I.P.P. : sur les 17 A.T.

. 10 à 19 %	3
. 20 à 29 %	2
. 30 à 39 %	1
. 40 à 49 %	1
. 50 à 59 %	2
. 60 à 69 %	2
. 70 à 79 %	1
. 80 à 89 %	2
. 90 à 99 %	2
. 100 %	1
. taux non connus	2
. non fixés	3

17

V - SUJETS EN COURS DE TRAITEMENT

Leur chiffre s'élève à 45, soit 12 épileptiques.

Ils se répartissent ainsi :

6 sont en traitement pour une affection différente du traumatisme

2 sont en rééducation fonctionnelle dont 1 épileptique
 5 sont en traitement après échec de reprise du travail
 8 sont en traitement après échec de rééducation dont 2
 épileptiques

1 est en traitement après avoir fait l'objet d'une recherche d'emploi

23 sont en traitement depuis le début.

Nous étudierons les 33 sujets "non épileptiques".

1°) Sexe .

28 hommes

5 femmes

2°) Age :

- de 20 ans	2 cas sur 33
20 à 24 ans	2 cas sur 33
25 à 29 ans	4 cas sur 33
30 à 34 ans	4 cas sur 33
35 à 39 ans	4 cas sur 33
40 à 44 ans	3 cas sur 33
45 à 49 ans	2 cas sur 33
50 à 54 ans	8 cas sur 33
55 à 59 ans	4 cas sur 33

3°) Risque :

Maladie : 10 (*2 accidents de la Voie Publique*)
 A.T. : 23 (*2 accidents du trajets signalés*)

33

4°) Nationalité :

Français	27
Etrangers et	
Nord-Africains	6

5°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	5	8	13
. Bois	1	1	2
. Métallurgie-industrie auto	2	2	4
. Electricité	-	1	1
. Emplois de bureau	2	-	2
. Manoeuvres	3	-	3
. Chauffeurs	-	1	1
. Manutentionnaires	2	-	2
. Commerce	3	-	3
. Alimentation	1	1	2
	19	14	33

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Commerce	3	-	3
. Alimentation	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
	19	14	33

6°) Maladies concomitantes :

- . 3 tuberculoses
- . 1 tuberculose + éthylisme
- . 4 éthylismes
- . 1 insuffisance aortique + diabète

7°) Année de traumatisme :

. 1951	1	
. 1952	4	
. 1954	2	
. 1955	3	
. 1956	9	(dont 1 polytraumatisé)
. 1957	9	
. 1958	<u>5</u>	
	33	

8°) Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :

. 3 à 6 mois	3 cas sur 33
. 6 mois à 1 an	16 "
. 1 an à 2 ans	4 "
. 2 ans	2 "
. 3 ans	2 "
. 4 ans	1 "
. + de 4 ans	<u>5</u> "
	33

9°) Lésion :

16 fractures cranio faciales dont 1 avec cécité droite
 17 commotions sans fracture

Dans 10 cas lésions associées :

2 fractures des membres
 4 blessures entamées
 1 entorse
 1 hernie discale
 1 contusion thoracique
 1 hernie musculaire

10°) Examen médical :

Dans 24 cas rien à signaler

Dans les 9 cas restants :

3 hémiplégies
 1 parkinson au début

- 1 nystagnus
- 1 hyperréflexivité
- 1 paralysie du facial
- 2 ataxies dysmétries

11°) "Syndrome subjectif" des traumatisés

. Céphalées		
. Bourdonnements d'oreille	3 cas	sur 33
. Vertiges	17	"
. Lenteur intellectuelle	7	"
. Troubles de la mémoire	14	"
. Troubles du sommeil	6	"
. Fatigabilité, asthénie	6	"
. Irritabilité	15	"
. Intolérance au bruit	5	"

12°) Examens complémentaires

- . Electroencéphalogramme :

8 demandés :

- 4 normaux
- 4 perturbés (*ondes lentes ou tracés "irritatifs"*)

- . Oto-rhino-laryngologiques :

9 examens :

- 1 normal
- 2 surdités
- 3 hypoexcitabilités labyrinthiques
- 3 hypoacousies

- . Ophtalmologie :

6 examens :

- 1 normal
- 3 diplopies
- 1 glaucome (*mais sans rapport avec le traumatisme*)
- 1 atrophie optique post-traumatique

13°) Examens psychotechniques :

5

14°) Examens psychiatriques :

- 5 (1 névrose
- (4 états névropathiques

15°) Taux d'I.P.P. sur les 23 A.T.

. 0 à 9 %	2 cas sur 33
. 10 à 19 %	3 "
. 20 à 29 %	3 "
. 30 à 39 %	1 "
. 40 à 49 %	2 "
. 60 à 69 %	2 "
. 70 à 79 %	2 "
. 100 %	4 "
. non connus	2 "
. sans I.P.P.	1 "
. non fixé	1 "

33

VI - SUJETS EN ATELIERS PROTEGES

Deux sujets non épileptiques se trouvent actuellement dans les Centres "VIVRE" et Ateliers Départementaux de MONTREUIL.

L'un est un A.T., l'autre un tuberculeux envoyé au titre d'assurance maladie.

Le traumatisme remonte à 1955 dans un cas, dans l'autre à 1958. Il s'agissait d'une fracture crânio-faciale et d'une commotion sans fracture avec coma. L'un des deux est hémiparétique.

Aucun des deux n'a le syndrome subjectif complet.

Dans un des deux cas, l'électroencéphalogramme est perturbé avec altérations temporales gauches.

L'un des deux est débile.

L'A.T. n'est pas consolidé.

II - SUJETS N'AYANT PAS DONNE DE REPONSES

A l'heure actuelle, 28 cas dont 4 épileptiques.

Ils se répartissent ainsi :

- 17 après avoir fait l'objet d'une recherche d'emploi
- 1 après reprise du travail (1 épileptique)
- 2 après rééducation
- 6 sans réponses d'emblée dont 2 épileptiques
- 1 s'est suicidé
- 1 autre est décédé (1 épileptique)

28

Nous étudierons les 24 cas "non épileptiques".

1°) SEXE :	24 hommes	
2°) AGE :	25 à 29 ans	7 cas sur 24
	30 à 34 ans	5 "
	35 à 39 ans	4 "
	40 à 44 ans	4 "
	50 à 54 ans	3 "
	55 à 59 ans	1 "

 24

3°) Risque :	Maladie	4 (2 accidents de la voie publique)
	Invalidité	3
	A.T.	17 (2 accidents du trajet signalés)

 24

4°) Nationalité :	Français	18
	Nord-Africains	
	et étrangers	6

 24

5°) Métiers exercés avant le traumatisme crânien :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	3	4	7
. Métallurgie et Industrie auto	2	3	5
. Electricité auto	1	2	3
. Emplois de bureau	-	1	1
. Manoeuvre	1	-	1
. Commerce	1	1	2
. Chauffeurs	-	2	2
. Instruments de musique		1	1
. Manutentionnaires	2	-	2
	10	14	24

6°) Maladies concomitantes :

- . 1 éthylisme
- . 2 ulcus
- . 1 lobotomie

7°) Année du traumatisme :

. 1945	1 cas sur 24	
. 1952	1	"
. 1953	1	"
. 1955	3	"
. 1956	5	"
. 1957	12	"
. 1958	1	"

dont 1 polytraumatisé

8°) Durée écoulée entre le traumatisme et le signalement :

. 3 mois	1 cas sur 24
. 3 à 6 mois	4 "
. 6 mois à 1 an	10 "
. 1 an à 2ans	7 "
. + de 4 ans	2 "
	24

9°) Lésion :

8 fractures crânio-faciales
 16 commotions (*l'un a subi une trépanation*)

Dans 12 cas lésions associées

8 fractures des membres
 3 contusions rachidiennes
 1 contusion thoraco lombaire

10°) Examen médical :

Dans 19 cas, rien à signaler
 Dans les 5 cas restants :

2 paralysies du facial
 1 dysmétrie
 1 tremblement
 1 hyporéflexivité

11°) "Syndrome subjectif" des traumatisés :

. Céphalées	7 cas sur 24
. Bourdonnements d'oreille	2 "
. Vertiges	11 "
. Lenteur intellectuelle	5 "
. Troubles de la mémoire	8 "
. Troubles du sommeil	2 "
. Asthénie, fatigabilité	7 "
. Irritabilité	9 "
. Intolérance au bruit	5 "

Dans 5 cas pas de "syndrome"

12°) Examens faits :

. Electroencéphalogramme

3 pratiqués

1 normal

2 perturbés (*ondes lentes*)

. Oto-rhino-laryngologiques :

5 examens faits

4 hypoacusies

1 hyperacousie labuminaire

. Ophtalmologiques :

3 examens faits

1 baisse acuité visuelle

2 normaux.

13°) Examens psychotechniques :

6 examens faits

14°) Examens psychiatriques :

3 examens pratiqués

2 états névropathiques

1 névrose

15°) Taux d'I.P.P. sur les 17 A.T.

. 10 à 19 %	1
. 20 à 29 %	4
. 30 à 39 %	3
. 40 à 49 %	1
. 50 à 59 %	1
. 60 à 69 %	1
. 70 à 79 %	2
. 80 à 89 %	2
. non connu	1
. non fixé	1

CHAPITRE V

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL ET EPILEPTIQUES

A - Difficultés générales

B - Tableaux statistiques

- portant sur les 55 cas

- par population active et inactive

C - Tableaux annexes

Etude détaillée des épileptiques en
fonction de leur situation actuelle,
la nature et le degré de leurs séquelles.

A - DIFFICULTES GENERALES

Sur 256 dossiers de traumatisés crâniens, nous avons trouvé 55 épileptiques, soit 21,4 %. Signalons, toutefois, que dans 8 cas, l'épilepsie était antérieure à l'accident où avait été la cause du traumatisme crânien.

Nous retrouvons pour ces handicapés les mêmes difficultés de reclassement que pour les traumatisés crâniens, souvent même accrues.

I - AU CENTRE DE RECLASSEMENT PROFESSIONNEL

Notre chiffre d'épileptiques peut paraître relativement élevé, cependant il est vraisemblable qu'en réalité, certains cas ne sont pas connus. En effet, si l'épilepsie est dépistée à l'occasion d'incidents bien déterminés, crises généralisées typiques, par exemple, ou absences répétées, il n'en est pas de même dans tous les cas où il faut la rechercher de parti pris chez un sujet hostile et inquiet des conséquences pour son emploi, ou chez un sujet qui de bonne foi d'ailleurs ignore sa maladie.

Difficultés d'établir un dossier parfait en tenant compte de la fréquence des crises, horaire diurne ou nocturne, alternances avec des équivalents, et fait essentiel, présence ou non d'aura permettant au malade des précautions ou même d'arrêter sa crise.

C'est qu'il est très important de pouvoir différencier au maximum les formes cliniques de l'épilepsie, c'est un devoir de rechercher toutes celles qui permettront d'une manière ou d'une autre une activité.

L'interprétation des crises décrites par un malade est délicate s'il manque la confirmation d'un témoin. Quant aux absences elles peuvent fort bien échapper, si elles sont rares, à un examen médical. Nous citerons à ce sujet, un cas qui avait fait l'objet d'une décision de réadaptation professionnelle chez un employeur avec contrat. C'est au moment de signer le contrat que l'intéressé a présenté une absence. Nous devinons la suite des événements.

D'autre part, les examens neurologiques, les radiographies du crâne, le fond d'oeil sont le plus souvent normaux.

D'où l'intérêt de l'électroencéphalogramme, avec des réserves toutefois. Un tracé négatif ne permet pas d'éliminer l'épilepsie. Les électroencéphalogrammes ne sont pas répétés souvent dans la majorité des cas. Parfois même, ils sont refusés par le malade. Enfin, dans certains cas, une hospitalisation est nécessaire pour examens complémentaires, tels qu'encéphalographie, artérographie, ventriculographie. L'interprétation des résultats est délicate et n'est valable que faite par des spécialistes.

Nous retrouvons, ensuite, le problème du traitement et c'est bien "sur la notion du traitement que doit être axé le problème de l'emploi des épileptiques" (*RISER*)

Si certains malades sont suivis régulièrement en ville ou à l'hôpital, d'autres, tout en connaissant leur maladie, n'observent pas de traitement régulier, soit parce que les crises sont rares, soit parce que leur maladie n'est qu'un épiphénomène d'une affection plus importante.

Dans de nombreux cas, la question du traitement ne peut être précisée.

Cette attitude vis à vis du traitement tient chez les uns à une certaine insouciance, allant avec un psychisme déficient, chez les autres à la crainte d'un renvoi, c'est ainsi qu'ils en arrivent à la solution d'un traitement intermittent, pris au gré des symptômes avertisseurs d'une crise et aussitôt abandonné lorsqu'ils pensent n'avoir plus rien à craindre.

II - SUR LE PLAN PSYCHOLOGIQUE

- . le problème ne se pose pratiquement jamais pour un sujet qui n'a pas encore travaillé et dont l'orientation serait à faire complètement.
- . exceptionnellement, pour des sujets ayant une formation professionnelle véritable.
- . mais en règle générale, pour des malades ayant déjà eu des activités diverses, choisies au gré des hasards du marché du travail, en fonction de la tolérance ou non de leur maladie.

Comment résoudre le problème d'aptitude, ?

- . en collaboration avec le neurologue, le psychiatre dans la détermination du niveau mental, surtout dans les cas de ralentissement psychique ou de troubles caractériels (*irritabilité, instabilité*), devenant difficilement tolérés par la collectivité,
- . en collaboration avec le psychotechnicien, dans la détermination de l'adaptation au milieu de travail.

Cette adaptation dépend :

- . du rythme de travail et de sa régularité. Mais n'oublions pas qu'un épileptique, sans traitement, peut être également ralenti,
- . de son intensité,
- . de son exigence. L'épileptique ne peut assurer longtemps un travail qui exige ou une grande dépense physique, ou une attention soutenue, ou qui se fait dans la hâte ou la contrainte, le surmenage augmentant la fréquence de ses crises.

N'oublions pas les problèmes sociaux dont il faut également tenir compte, conditions de logement, présence d'un entourage familial ou non, distance séparant le lieu du travail et fatigue due aux déplacements, qui peuvent jouer sur l'irritabilité du malade et augmenter la fréquence des crises.

III - SUR LE PLAN RECLASSEMENT

Nous n'avons pas souvent à reclasser des sujets qui exercent un métier depuis longtemps dans de bonnes conditions, c'est-à-dire dans un poste non dangereux et surtout dans un poste où son entourage le tolère.

Mais dans combien de cas, voyons nous l'employeur licencier son ouvrier, parce qu'il a présenté des crises sur le lieu de travail, soit parce que les conséquences peuvent être dangereuses pour l'ouvrier, et qu'il craint les responsabilités, soit et surtout parce que, même si l'épileptique ne court aucun risque, il est un spectacle pour ses compagnons de travail et peut perturber le rendement de tout un atelier avec toutes les conséquences que cela comporte pour la production.

Nous savons qu'un sujet qui ne peut plus présenter de certificat de travail récent, aura beaucoup de peine à être embauché dans une entreprise.

L'épileptique est aussi un instable et peut changer d'emploi de lui-même.

Il peut également lasser l'employeur à la suite d'hospitalisations fréquentes et prolongées.

IV - SUR LE PLAN PRATIQUE

Une minorité de centres de rééducation accepte les épileptiques par appréhension des crises perturbant le travail des autres, appréhension aussi des troubles caractériels.

Le nombre "d'ateliers protégés" est très restreint, et pour tout dire, inexistant et relevant d'initiatives privées.

Nous avons vu qu'il existait 100 places pour toute la France.

B - TABLEAUX STATISTIQUES GENERAUX

I. - PORTANT SUR 55 CAS D'EPILEPSIE

Nos tableaux portent sur 55 cas d'épilepsie.

Notons toutefois, que dans 8 cas, soit 14,5 %, nous avons trouvé des épilepsies anciennes remontant à l'enfance, survenue après un traumatisme, ou sans cause retrouvée, ou qui ont provoqué le traumatisme pour lequel les sujets ont été envoyés.

1°) Répartition en fonction de la durée séparant le traumatisme du signalement

			% sur 55
• 3 mois	-		
• 3 à 6 mois	2	soit	3,6
• 6 mois à 1 an	21	"	38,1
• 1 an à 2 ans	9	"	16,3
• 2 ans	9	"	16,3
• 3 ans	4	"	7,2
• 4 ans	3	"	5,4
• et plus	7	"	12,7
	55		

2°) Sexe: 54 hommes
1 femme

3°) Age :

• -de 20 ans	1		
• 20 à 24 ans	5	soit	9
• 25 à 29 ans	6	"	10,9
• 30 à 34 ans	17	"	30,9
• 35 à 39 ans	8	"	14,5
• 40 à 44 ans	7	"	12,7
• 45 à 49 ans	6	"	10,9
• 50 à 54 ans	2	"	3,6
• 55 à 59 ans	2	"	3,6
• + de 60 ans	2	"	3,6
	55		

% par groupes d'âge :

de moins de 20 ans à 39 ans	65,6 %
de 40 à plus de 60 ans	34,4 %

4°) Nationalité :

Français	45	soit 81,8 %
Nord-africains		
et étrangers	10	soit 18,1 %
	55	

5°) Risque :

Envoyés au titre

a) des assurances sociales : % sur 55

maladies	: 18	soit	32,7
invalidité	: 5	"	9
accidents du travail	: 32	"	58,1

 55

b) taux d'I.P.P. sur 32 A.T.

. 0 à 9 %	-		
. 10 à 19 %	4	soit	12,5
. 20 à 29 %	4	"	12,5
. 30 à 39 %	4	"	12,5
. 40 à 49 %	2	"	6,2
. 50 à 59 %	1	"	3,1
. 60 à 69 %	4	"	12,5
. 70 à 79 %	-		-
. 80 à 89 %	1	"	3,1
. 90 à 99 %	-		-
. 100 %	2	"	6,2
. taux non connu	4	"	12,5
. taux non fixé	4	"	12,5
. passé maladie	1	"	3,1
. non consolidé	1	"	3,1

 32

6°) Maladies concomitantes :

- . 5 tuberculoses
- . 2 éthyliques
- . 1 tuberculose + éthyliques
- . 1 tumeur cérébrale manifestée après l'accident.

7°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL	% SUR 55
. Bâtiment	7	11	18	32,7
. Bois	-	1	1	1,8
. Emplois de bureau	-	2	2	3,6
. Commerce	1	2	3	5,4
. Métallurgie et industrie auto	7	9	16	29
. Textiles et vêtements	1	-	1	1,8
. Manoeuvres	8	-	8	14,5
. Manutentionnaires	2	-	2	3,6
. Spectacles	-	1	1	1,8
. Alimentation	-	1	1	1,8
. Chauffeurs	-	2	2	3,6

 47,2 %

 52,7 %

 55

8°) Répartition en fonction de la classification clinique des blessures

- . fractures cranio faciales 19 cas soit 34,5 % des cas
- . commotions sans fractures 36 cas soit 65,4 % des cas

Dans 10 cas lésions associées, soit dans 18,1 % des cas avec :

- fractures des membres : 5 - 50 %
- lésions diverses : 5 - 50 %

9°) En fonction des conséquences du traumatisme

a) Examen neurologique :

- normal dans 38 cas soit 69 % des cas
- pathologique dans 17 cas soit 30,9 % des cas

les lésions se répartissent ainsi :

% sur 17

- . hémiplégie 5 cas soit dans 29,4% des cas pathologiques
- . parésies 2 cas
- . paralysie oculaire 1 cas
- . incoordination motrice 1 cas
- . troubles des reflexes hyperréflexivité 1 cas
- . troubles cérébelleux 1 cas
- . tremblement 1 cas
- . signes d'hypertension intra crânienne 2 cas
- . troubles sensitivo moteurs 1 cas
- . troubles de la parole 2 cas

b) Troubles fonctionnels par ordre décroissant

- . céphalées 33 cas soit 60 %
- . vertiges 27 " 49 %
- . irritabilité 27 " 49 %
- . troubles de la mémoire 19 " 34,5 %
- . intolérance au bruit 16 " 29 %
- . troubles du sommeil 12 " 21,8 %
- . lenteur intellectuelle 9 " 16,3 %
- . asthénie fatigabilité 9 " 16,3 %
- . bourdonnements d'oreille 4 " 7,2 %

Si l'on retranche 2 dossiers incomplets, envoyés à d'autres Caisses, il demeure 6 dossiers où l'on ne trouve pas de syndrome subjectif, soit dans 10,9 % des cas.

Chez les épileptiques dominant en dehors des céphalées et les vertiges, l'irritabilité, les troubles de la mémoire et l'intolérance au bruit.

10°) Répartition en fonction des examens complémentaires :

A) ELECTROENCEPHALOGRAMMES

34 électroencéphalogrammes demandés soit dans 61,8 % des cas

10 normaux sur ces 34 soit 18,1 %

24 pathologiques soit 81,8 %

Plus grande proportion d'électroencéphalogrammes pathologiques, ondes lentes sporadiques, à localisation plus précisée. Citons également que nous avons classé parmi les épileptiques, un sujet sans crises avouées tout au moins, mais qui présentait un électroencéphalogramme de comitial.

B) ENCEPHALOGRAPHIE GAZEUSE

5 ont été faites :

3 normales

2 pathologiques

C) EXAMENS OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

10 examens faits; soit dans 18,1 % des cas, tous pathologiques.

2 hyperexcitabilités labyrinthiques

2 hypoexcitabilité "

5 hypocousies

1 trouble vestibulaire

D) EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

9 examens demandés, soit dans 16,3 % des cas

1 normal

8 examens pathologiques se répartissant ainsi :

1 cécité

2 baisses d'acuité visuelle

3 diplopies dont 1'une par paralysie oculaire

2 lésions du fond d'oeil

E) EXAMENS PSYCHOTECHNIQUES :

10 examens faits, soit dans 18,1 % des cas

F) EXAMENS PSYCHIATRIQUES :

13 examens demandés, soit dans 23,6 % des cas

Résultats d'examen :

	% sur 13
Etats névropathiques	8 soit 61,5 % des cas
Névrose	3 soit 23 % "
Etats psychopathiques	
et psychoses	2 soit 15,3 % "

11°) Syndrome épileptique :

% sur 55

. crises généralisées	35	} 38 cas soit 69 % des cas
. Crises Brawais Jacksoniennes	3	

Signalons que dans 1 cas :
association de crises
généralisées + Brawais J.

Equivalents	absences	} 7 6	13 cas soit 23,6 des cas
	autres		
	équivalents		

Crises généralisées +
équivalents 4 cas soit 7,2 % des cas

Dans la majorité des cas, la fréquence des incidents, crises ou équivalents, n'a pas été précisée; en en tenant compte, nous donnons le tableau suivant :

FREQUENCE DES CRISES

% sur 55

. Cas non précisés	32 cas soit	58,1 %
. 1 crise par jour	1 "	1,8 %
. Plusieurs crises par jour	1 "	1,8 %
. Plusieurs crises par semaine	6 "	10,9 %
. 1 crise par mois	5 "	9 %
. Plusieurs par mois	1 "	1,8 %
. 1 par an	1 "	1,8 %
. Plusieurs par an	4 "	7,2 %
. Plusieurs crises par jour mais sans crise actuellement	1 "	1,8 %
. Plusieurs par an mais sans crise actuellement	1 "	1,8 %
. Au début 2 crises par jour actuellement 1 absence par semaine	1 "	1,8 %
. 1 crise par mois + plusieurs absences par semaine	1	1,8 %

 55

12°) Répartition en fonction des décisions de Commission Technique d'orientation

Après ce que nous vons appelé un premier tri, les 55 épileptiques se répartissent ainsi :

a)			
En cours de traitement	: 10 soit	18,1 %	} 24 soit 43,6 %
Non reclassables	: 12 "	21,8 %	
Ateliers protégés	: 2 "	3,6 %	

Recherches d'emploi	:	8	soit	14,5 %	} 28 soit 50,9 %
Reprise du travail	:	13	"	23,6 %	
Rééducation-Réadaptations	:	7	"	12,7 %	

Sans suite par défaut
de réponse : 3 " 5,4 % soit 5,4 %

Avec le recul de 1 an ou deux ans suivant les cas, parfois beaucoup plus, nous pouvons juger ici de l'évolution des cas, et à l'heure actuelle les 55 épileptiques se répartissent ainsi.

b)

En cours de traitement	:	12	soit	21,8 %	} 30 soit 54,5 %
Non reclassables	:	16	"	29,1 %	
Ateliers protégés	:	2	"	3,6 %	

Recherches d'emploi	:	5	"	9 %	} 21 soit 38,1 %
Reprises du travail	:	14	"	25,4 %	
Rééducation-Réadaptations	:	2	"	3,6 %	

Sans suite par défaut
de réponse : 4 " 7,2 % soit 7,2 %

13°) Position des épileptiques par rapport aux décisions prises pour les traumatisés crâniens en général

a) Au moment de la décision .

	TOTAL GENERAL	% D'EPILEPTIQUES		
En cours de traitement	35	dont 10	soit	28,5%
Non reclassables	33	" 12	"	36,3%
Ateliers protégés	4	" 2	"	50 %
Recherches d'emploi	66	" 8	"	12,1%
Reprises du travail	74	" 13	"	17,5%
Rééducation-réadaptations professionnelles	37	" 7	"	18,9%
Sans suite par défaut de réponse	7	" 3	"	42,8%

b) A l'heure actuelle :

En cours de traitement	45	dont 12	soit	26,2%
Non reclassables	43	" 16	"	37,2%
Ateliers protégés	4	" 2	"	50 %
Recherches d'emploi	32	" 5	"	14,2%
Reprises du travail	94	" 14	"	15,6%
Rééducations-Réadaptations en cours	10	" 2	"	14,8%
Sans suite par défaut de réponse	28	" 4	"	20 %

En tenant compte uniquement du chiffre des proportions actives et inactives.

Inactifs :

a) au moment de la décision	72	dont 24 soit 33,3 %
b) à l'heure actuelle	92	" 30 " 32,2 %

Actifs :

a) au moment de la décision	177	dont 28 soit 15,8 %
b) à l'heure actuelle	136	" 21 " 15,5 %

De ces tableaux, nous pouvons retenir la grande importance des épileptiques inactifs ou irrécassables, par rapport aux 55, puisqu'ils représentent 43,6 %, mais aussi par rapport à tous les traumatisés crâniens envoyés puisqu'ils en représentent, à l'heure actuelle, le tiers environ, 32,2 %.

Essayons maintenant de voir ce qui a pu jouer en faveur des actifs, au moyen de nos chiffres et nous avons vu les restrictions qu'il fallait y apporter.

II - TABLEAUX STATISTIQUES PAR POPULATION ACTIVE ET INACTIVE

Nous rappelons que nous avons entendu :

• par population active	{	les reprises du travail
soit 21 cas		les recherches d'emploi
		les rééducations-réadaptations
• par population inactive	{	les sujets en cours de traitement
soit 30 cas		les irrécassables
		ceux placés en ateliers protégés

Nous laissons de côté les dossiers sans suite par défaut de réponse.

1°) Durée séparant le traumatisme crânien du signalement :

	POPULATION ACTIVE	POPULATION INACTIVE
	21	30
• 3 mois	—	—
• 3 à 6 mois	—	6,6%
• 6 mois à un an	38, %	36,6 %
• 1 an à 2 ans	28,5 %	10
• 2 ans	4,7 %	23,3 %
• 3 ans	4,7 %	10 %
• 4 ans	4,7 %	6,6 %
• et plus	19 %	6,6 %

2°) Répartition par sexe :

Signalons seulement que la seule femme épileptique de nos dossiers est actuellement en cours de traitement.

3°) Risque :

Assurances :

• Maladie	38 %	30 %
• Invalidité	9,5 %	10 %
• Accidents du travail	52,3 %	66 %

4°) Maladies concomitantes :

POPULATION ACTIVE (21)

2 tuberculoses

POPULATION INACTIVE (30)

2 tuberculoses

2 éthyliques

1 tuberculose + éthylique

1 tumeur cérébrale

Remarquons ici le rôle important de l'éthylique chez les épileptiques.

5°) Répartition en fonction de la classification clinique des blessures.

	POPULATION ACTIVE (21)	POPULATION INACTIVE (30)
. Fractures cranio faciales	23,8 %	40 %
. Commotions sans fractures	76,1 %	60 %
. Lésions associées dans se répartissant en :	28,5 des cas	13,3 % des cas
. fractures des membres	66,6 %	25 %
. lésions diverses	33,3 %	75 %

Ici aussi remarquons l'importance des lésions cranio faciales chez les inactifs par rapport aux autres.

6°) Répartition en fonction des conséquences du traumatisme :

A) EXAMEN NEUROLOGIQUE :

. Normal dans	90,4 %	60 %
. pathologique	9,5 %	40 %

Les lésions se répartissant ainsi :

. Hémiplégie	1 hémiplégie 1 paralysie oculaire	3 hémiplégies 1 hypertension intracranienne 5 troubles moteurs & des réflexes 2 troubles de la parole (aphasie) 1 cas avec trou- bles cérébraux
--------------	---	---

B) SYNDROME FONCTIONNEL :

	POPULATION ACTIVE (21)	POPULATION INACTIVE (30)
. Céphalées	61,9 %	56,6 %
. Bourdonnements d'oreille	9,5 %	6,6 %
. Vertiges	52,3 %	46,6 %
. Lenteur intellectuelle	23,8 %	13,3 %
. Troubles de la mémoire	23,8 %	46,6 %
. Troubles du sommeil	23,8 %	20 %
. Asthénie, fatigue, irritabilité	19 %	16,6 %
. Irritabilité	52,3 %	46,6 %
. Intolérance au bruit	23,8 %	33,3 %

On peut déduire de ces tableaux, que le syndrome subjectif n'intervient pas beaucoup dans la reprise d'une activité chez les épileptiques, sauf en ce qui concerne l'intolérance au bruit et les troubles de la mémoire.

C) EN FONCTION DES INCIDENTS EPILEPTIQUES :

1) leur nature :	POPULATION ACTIVE (21)	POPULATION INACTIVE (30)
. Crises généralisées	61,9 %	76,6 %
. Absences et autres équivalents	28,5 %	16,6 %
. Crises généralisées plus équivalents	9,5 %	6,6 %

Si le syndrome subjectif intervient modérément dans le reclassement des épileptiques, le fait d'avoir des crises généralisées semble par contre intervenir davantage.

2) leur fréquence :

. Chiffres non précisés	66,6 %	50 %
. 1 crise par jour	-	3,3 %
. plusieurs par jour	-	3,3 %
. plusieurs par semaine	-	16,6 %
. une par mois	4,7 %	13,3 %
. plusieurs par mois	4,7 %	-
. 1 par an	-	3,3 %
. plusieurs par an	9,5 %	6,6 %
. Plusieurs par jour sans crise actuelle	4,7 %	-
. Plusieurs par an mais sans crise actuelle	4,7 %	-
. Au début 2 crises par jour actuellement 1 absence par semaine	4,7 %	-
. 1 crise par mois + plusieurs absences par semaine	-	3,3 %

Il aurait été bon de pouvoir indiquer l'horaire des crises et si une aura les précédait. Mais dans 4 cas seulement, nous avons eu une précision.

Chez les actifs :

2 cas de crises avec aura

Chez les inactifs :

2 cas de crises diurnes et
nocturnes sans aura

Nous voyons l'importance de la fréquence des crises dans le reclassement.

D) REPARTITION EN FONCTION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1) Electroencéphalogramme :

. Examens faits dans	66,6 % des cas	63,3 % des cas
. normaux	28,5 %	26,3 %
. pathologiques	71,4 %	73,6 %

2) Encéphalographie gazeuse :

. Faits dans	9,9 %	10 %
--------------	-------	------

. normale	50 %	75 %
. pathologique	50 %	25 %

3) Examen oto-rhino-laryngologique

	POPULATION ACTIVE (21)	POPULATION INACTIVE (30)
. Fait dans	9,5 des cas	26,6 % des cas
. hyperexcitabilité labyrinthique		2 cas
. Hypoexcitabilité labyrinthique	1 cas	1 cas
. Hypoacousie	1 cas	4 cas
. troubles vestibulaires		1 cas

4) Examen ophtalmologique .

. pratiqué dans	14,2 % des cas	16,6 % des cas
. normal	-	-
. pathologique	100 %	100 %

Les lésions se répartissant ainsi :

. cécité		20 %
. baisse de l'acuité visuelle	-	40 %
. diplopie	33,3 %	20 %
. paralysie oculaire	33,3 %	-
. lésion du fond d'oeil	33,3 %	20 %

5) Examens psychotechniques :

. pratiqués dans	28,5 % des cas	10 % des cas
------------------	----------------	--------------

6) Examens psychiatriques :

. pratiqués dans	23,8 % des cas	23,3 % des cas
. états névropathiques	40 %	71,4 %
. névrose	40 %	14,2 %
. états psychopathiques et psychose	20 %	14,2 %

TAUX D'I.P.P.

	% SUR 11 A.T. DE LA POPULATION ACTIVE	% SUR 18 A.T. DE LA POPULATION INACTIVE
. 0 à 9 %	-	
. 10 à 19 %	18,1 %	11,1 %
. de 20 à 29 %	9 %	16,6 %
. de 30 à 39 %	9 %	16,6 %
. de 40 à 49 %	9 %	-
. de 50 à 59 %	9 %	-
. de 60 à 69 %	18,1 %	11,1 %
. de 70 à 79 %	-	
. de 80 à 89 %	-	5,5 %
. de 90 à 99 %	-	-
. 100 %	9 %	5,5 %

. Non connu	9 %	11,1 %
. Pas fixé	9 %	16,1 %
. Passé maladie	-	5,5 %
. Non consolidé	-	-

EN CONCLUSION, ces tableaux semblent montrer pour les inactifs :

- 1°) que les uns ont été envoyés, soit très tôt après leur traumatisme, 6 mois à 1 an après, soit très tard, 3 et 4 ans après,
- 2°) l'importance des maladies concomitantes, notamment l'éthylisme,
- 3°) l'importance plus grande des fractures cranio-faciales,
- 4°) l'importance des troubles moteurs associés et notamment les hémipariés,
- 5°) que le syndrome subjectif a moins d'importance chez l'épileptique que chez un traumatisé crânien non épileptique, d'une part, et que les différences constatées entre les inactifs et les actifs portent sur les troubles de la mémoire, et l'intolérance au bruit,
- 6°) crises généralisées chez les inactifs plus importants à la fois par le nombre et la fréquence,
- 7°) les perturbations ou non de l'électroencéphalogramme ne jouent aucun rôle dans le reclassement des sujets,
- 8°) importance des états névropathiques chez les inactifs.

C - TABLEAUX ANNEXES

I - REEDUCATIONS-READAPTATIONS PROFESSIONNELLES

A l'origine 7 rééducations ont été proposées.

(Aucune réadaptation professionnelle n'ayant été demandée)

Actuellement 2 sont encore en cours.

Répartition actuelle des 5 cas manquants :

- . 1 a été jugé secondairement comme irréclassable
- . 2 sont en cours de traitement
- . 1 fait l'objet d'une recherche d'emploi
- . 1 a repris le travail.

Les 7 rééducations demandées au départ concernaient les métiers suivants :

- . 2 contrôleurs radio *(1 cas encore en cours)*
- 2 C.S. polyvalents
- . 1 aligneur
- . 1 tourneur *(en cours)*
- . 1 comptabilité

Il ne reste que 2 sujets en cours de rééducation et dont la rééducation semble bien incertaine.

Deux hommes jeunes (30 à 39 ans) 1 envoyé au titre des assurances maladie, l'autre est un accidenté du travail, signalés tous les deux plus de 4 ans après le traumatisme, 2 commotions sans fractures n'ayant pas le syndrome subjectif complet, 2 névropathies. Au point de vue syndrome épileptique.

L'un présente des crises généralisées apparues un an après le traumatisme dont la fréquence n'a pas été précisée. Il a une rente d'I.P.P. de 15 %

L'autre présente des crises généralisées dont la fréquence était de 2 par jour au début, mais actuellement ne présente qu'une absence par semaine.

II - REPRISES DU TRAVAIL

A l'origine, on avait 13 reprises du travail, actuellement 14 sujets ont repris le travail dont :

- . 1 après rééducation mais dans un métier différent du métier appris,
- . 3 après avoir été l'objet d'une recherche d'emploi.

Au point de vue métier :

- . 7 sujets, soit 50 %, ont retravaillé dans le même métier ou un métier analogue,
- . 7 autres, soit 50 %, ont été déclassés par rapport à leur métier antérieur, dont 1 déclassé par rapport au métier appris (*nous l'avons vu plus haut*). Signalons que dans 2 cas, il s'agissait de maçons.

Etudions les 14 reprises du travail en fonction de la nature et du degré de leurs séquelles.

1°) **Sexe** : 14 hommes

2°) **Age** : de 20 à 24 ans 2 cas sur 14
 de 25 à 29 ans 1 "
 de 30 à 34 ans 3 "
 de 35 à 39 ans 2 "
 de 40 à 44 ans 2 "
 de 45 à 49 ans 2 "
 + de 60 ans 2 "

3°) **Risque** :

- . Maladies 5 cas sur 14 dont 1 accident voie publique
- . Invalidité 2 " dont 1 accident de la voie publique
- . A.T. 7 cas sur 14 dont 1 accident du trajet

4°) **Nationalité** : sur 14

- . Français 11
- . Etrangers 3 dont 2 nord-africains et 1 italien.

5°) **Métiers exercés avant le traumatisme** :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	1	5	6
. Métallurgie	1	3	4
. Manoeuvres	3	-	3
. Emplois de bureau	-	1	1
	5	9	14

6°) **Maladies concomitantes** :

- . 1 tuberculose

7°) **Année du traumatisme** :

- . 1953 1 cas sur 14
- . 1954 1 "
- . 1955 4 "
- . 1956 3 "
- . 1957 3 "
- . 1958 1 "
- . enfance 1 "

8°) Durée séparant le traumatisme du signalement :

. de 6 mois à 1 ans	4 cas sur 14
. de 1 an à 2 ans	6 "
. 2 ans	1 "
. 3 ans	1 "
. 4 ans	1 "
. + de 4 ans	1 "

9°) Lésion :

- . 4 fractures cranio faciales dont 2 avec interventions chirurgicales (*trépanation*)
- . 10 commotions sans fractures

Dans 4 cas lésions associées :

- 2 fractures de membres
- 2 traumatismes du genou

10°) Examen médical neurologique :

- 12 cas sur 14 : rien à signaler
- 2 cas sur 14 : pathologiques

- 1 hémiparésie avec paralysie oculaire
- 1 hémiplégie

11°) Syndrome subjectif des traumatisés :

. Céphalées	9 cas sur 14
. Bourdonnements d'oreille	1 cas sur 14
. Vertiges	9 cas sur 14
. Lenteur intellectuelle	3 cas sur 14
. Troubles de la mémoire	4 cas sur 14
. Troubles du sommeil	4 cas sur 14
. Asthénies, fatigabilité	2 cas sur 14
. Irritabilité	7 cas sur 14
. Intolérance au bruit	3 cas sur 14

Aucun n'a le syndrome subjectif complet, 3 ne présentent pas le syndrome.

12°) Examens pratiqués :

- . Electroencéphalogramme : 9 cas sur 14
- dont 2 normaux

7 perturbés	{	tracés de somnolence, ondes lentes
avec comme		temporales gauches
anomalies		souffrance temporale gauche

- . Encéphalographie gazeuse : dans 1 cas qui présente une dilatation ventriculaire gauche avec atrophie de l'hémisphère correspondante.

. Oto-rhino-laryngologique : 1 examen fait
(*hypoexcitabilité labyrinthique*)

. Ophtalmologique : 3 examens faits

dont 2 diplopies dont l'une par paralysie oculaire (VI)
1 cas de lésion du fond d'oeil (*oedème papillaire
bilatéral*)

13°) Examens psychotechniques :

3 examens faits

14°) Examens psychiatriques :

3 examens faits

3 névroses dont l'une post-traumatique sur un terrain
prédisposé

15°) Syndrome épileptique :

2 épilepsies connues avant le traumatisme crânien ou ayant
provoqué le traumatisme

12 post-traumatiques.

8 cas de crises généralisées

2 cas d'équivalents autres qu'absences

3 cas d'absences

1 cas de crise Bravais Jacksonnienne + équivalents

Dans 10 cas sur 14 la fréquence des crises n'est pas
précisée.

1 cas avec 1 crise par mois

1 cas avec plusieurs crises par mois

2 cas avec plusieurs crises par an

16°) Taux d'I.P.P. : sur les 7 A.T.

. de 10 à 19 %	1 cas
. de 20 à 29 %	1 cas
. de 30 à 39 %	1 cas
. de 50 à 59 %	1 cas
. de 60 à 69 %	1 cas
. 100 %	1 cas
. taux non connu	1 cas

III - RECHERCHES D'EMPLOI

A l'origine 8 sujets ont fait l'objet d'une recherche d'emploi.

Sur ces 8 cas : 3 ont repris le travail après placement
1 a été jugé irrécusable

Actuellement, nous trouvons 5 sujets faisant l'objet d'une
recherche d'emploi.

Il y est venu s'ajouter 1 cas de recherche d'emploi après sortie d'une rééducation.

Etudions les 5 dossiers de recherche d'emploi en cours.

1°) Sexe : 5 hommes

2°) Age : de 30 à 34 ans 2 cas sur 5
 de 35 à 39 ans 1 "
 de 45 à 49 ans 1 "
 de 50 à 54 ans 1 "

3°) Risque : Maladie 2 cas sur 5 (*dont 1 accident de la
 voie publique*)

Invalidité -

A.T. 3 cas sur 5

4°) Nationalité :

5 Français

5°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	1	1	2
. Métallurgie	-	1	1
. Spectacles	-	1	1
. Manoeuvres	1	-	1

Recherches d'emploi dans les métiers suivants :

. O.S. Machine pour un ancien manoeuvre
 . pointeau pour un cimentier boiseur
 . plombier d'entretien pour un couvreur
 . électricien d'entretien après rééducation dans la
 même branche
 . aide magasinier pour un ancien O.S. ajusteur
 monteur

6°) Maladies concomitantes

1 tuberculose

7°) Année du traumatisme

1944 1 cas sur 5
 1955 2 "
 1957 2 "

8°) Durée séparant le traumatisme du signalement :

. de 6 mois à 1 an 4 cas sur 5
 . + de 4 ans 1 "

9°) Lésion :

- . 1 fracture cranio faciale avec hémorragie méningée
- . 4 commotions sans fracture décelée.

Dans 2 cas sur 5 lésions associées qui sont 2 cas de fractures de membres.

10°) Examen médical neurologique :

- . 5 cas d'examen négatif

11°) Syndrome subjectif des traumatisés :

- . Céphalées 2 cas sur 5
- . Vertiges 1 "
- . Lenteur intellectuelle 2 cas sur 5
- . Troubles de la mémoire 1 "
- . Asthénies, fatigabilité 1 cas sur 5
- . Irritabilité 3 "
- . Intolérance au bruit 1 "

Aucun n'a le syndrome subjectif complet.

12°) Examens pratiqués :

Electroencéphalogramme : 3 sur 5

2 normaux

1 présente des anomalies paroxystiques

Oto-rhino-laryngologique :

1 hypoacousie

13°) Examen psychotechnique : dans 1 cas

14°) Examens psychiatriques : dans 2 cas

- . 1 état psychopathique
- . 1 névrose

15°) Syndrome épileptique :

- . crises généralisées 4 cas sur 5
- . équivalents autres qu'absences 1 "

Fréquence des accidents :

- . non précisée 3 cas sur 5
- . plusieurs crises par jour, mais n'en a plus actuellement 1 "
- . plusieurs par an, mais n'en a plus à l'heure actuelle 1 "

16°) Taux d'I.P.P. :

Sur 3 A.T.

. taux non fixé	1 cas sur 3
. 40 à 49 %	1 "
. 60 à 69 %	1 "

IV - IRRECLASSABLES

A l'origine, nous avons 12 cas de sujets non reclassables.

A l'heure actuelle : 16 qui se répartissent ainsi :

. 8 cas irréclassables d'emblée
. 5 cas après échec d'une reprise de travail
. 1 dont le traitement est encore à prolonger
. 1 après échec d'une rééducation
. 1 après avoir fait l'objet d'une recherche d'emploi
16

Etudions ces 16 cas en fonction de la nature et du degré de leurs séquelles.

1°) Sexe : 16 hommes

2°) Age :	de 20 à 24 ans	2 cas sur 16
	de 25 à 29 ans	3 "
	de 30 à 34 ans	5 "
	de 35 à 39 ans	2 "
	de 40 à 44 ans	1 "
	de 45 à 49 ans	2 "
	de 55 à 59 ans	1 "
		16

3°) Risque : Maladie 3 cas sur 16 (dont 1 accident de la
voie publique)
A.T. 13 " (accident du trajet)

4°) Nationalité :

12 français
4 nord-africains soit 25 %

5°) Métiers exercés avant le traumatisme :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Bâtiment	4	1	5
. Métallurgie et industrie auto	3	1	4
. Chauffeur	-	2	2
. Manoeuvres	2	-	2
. Manutentionnaires	2	-	2
. Commerce	1	-	1
			16

6°) Maladies :

- . 1 cas de tumeur cérébrale
- . 1 cas de tuberculose
- . 1 cas de tuberculose + éthylisme

7°) Année du traumatisme :

. 1953	1 cas sur 16	
. 1954	3	"
. 1955	1	"
. 1956	8	" dont 1 avait déjà subi un traumatisme crânien en 1954
. 1957	1	"
. 1958	2	"

8°) Durée séparant le traumatisme du signalement

. 3 à 6 mois après	2 cas sur 16
. 6 mois à 1 an	6 "
. 1 an à 2 ans	1 "
. 2 ans après	3 "
. 3 ans après	2 "
. 4 ans après	2 "

9°) Lésion :

- . 7 fractures cranio faciales dont 2 avec hémorragie méningée et 1 cas de cranioplastie
- . 9 commotions sans fracture dont 1 avec intervention chirurgicale.

Dans 2 cas lésions associées :

- . 1 contusion de l'épaule
- . 1 tassement de D11 D12

10°) Examen médical neurologique :

Dans 9 cas sur 16 : rien à signaler

- . 2 cas de hémiplégies
- . 1 cas d'hyperréflexivité
- . 1 cas de troubles cérébelleux
- . 1 cas de simple tremblement
- . 1 cas d'aphasie
- . 1 cas d'hypertension intracrânienne

11°) Syndrome subjectif des traumatisés :

. Céphalées	12 cas sur 16
. Bourdonnements d'oreille	2 "
. Vertiges	10 "
. Lenteur intellectuelle	1 "
. Troubles de la mémoire	6 "
. Troubles du sommeil	3 "
. Irritabilité	6 "
. Intolérance au bruit	4 "

Aucun n'a le syndrome complet, 1 n'a pas de syndrome subjectif.

12°) Examens pratiqués :

- . Electroencéphalogramme : 10 dont
 - . 3 normaux
 - . 7 perturbés : souffrance diffuse, ondes lentes, trace d'endormissement.
- . Encéphalographies gazeuses : 2 normales
- . Oto-rhino-laryngologique :
 - . 5 examens faits
 - . 3 hypoacousies
 - . 1 atteinte vestibulaire
 - . 1 hyperexcitabilité
- . Ophtalmologique :
 - . 3 examens faits
 - . 2 baisses d'acuité visuelle
 - . 1 lésion du fond d'oeil : stase papillaire + hémorragies

13°) Examen psychotechnique : 1

14°) Examens psychiatriques : 2

- . 2 états névropathiques

15°) Syndrome épileptique :

- . 2 cas d'épilepsie connues avant le traumatisme
- . 14 cas apparus après le traumatisme

14 cas de crises généralisées

1 cas d'équivalents autres qu'absence

1 cas d'absence

Fréquence des accès :

. non précisée :	8 cas sur 16
. plusieurs par jour	1 "
. plusieurs par semaine	4 "
. 1 par mois	1 "
. 1 par an	1 "
. plusieurs par an	1 "

Taux d'I.P.P. : sur les 13 A.T.

. de 10 à 19 %	1 cas
. de 20 à 29 %	3 "
. de 30 à 39 %	3 "
. de 60 à 69 %	1 "
. de 80 à 89 %	1 "
. 100 %	1 "
. taux non connu	1 "
. taux non fixé	1 "
. passé en maladie	1 "

V - SUJETS EN COURS DE TRAITEMENT

A l'origine, c'est-à-dire au moment de la Commission Technique d'Orientation, 10 sujets relevaient d'un traitement. L'un était en rééducation fonctionnelle, 12 sujets sont en traitement actuellement.

Au chiffre initial sont venus s'ajouter 2 handicapés qui ont quitté le stage de rééducation pour suivre un traitement.

Etudions ces 12 sujets.

1°) Sexe : 11 hommes
1 femme

2°) Age : 20 à 24 ans 1 cas sur 12
25 à 29 ans 1 "
30 à 34 ans 4 "
35 à 39 ans 1 "
40 à 44 ans 4 "
55 à 59 ans 1 "

3°) Risque : Maladie 6 cas sur 12 (*3 accidents de la voie publique*)
Invalidité 3 " (*1 accident voie publique*)
A.T. 3 "

4°) Nationalité :

11 Français
1 Etranger (*Hongrois*)

5°) Métiers exercés avant le traumatisme crânien :

	NON QUALIFIES	QUALIFIES	TOTAL
. Métallurgie	2	3	5
. Bois	-	1	1
. Bâtiment	-	1	1
. Emplois de bureau	-	1	1
. Alimentation	-	1	1
. Commerce	-	2	2
. Vêtements	1	-	1

6°) Maladies concomitantes :

. 1 tuberculose
. 2 éthyliques

7°) Année de la lésion :

. 1950 1 cas sur 12
. 1952 1 "
. 1955 3 "
. 1956 1 "
. 1957 6 "

8°) **Durée séparant le traumatisme du signalement :**

. 6 mois à 1 an inclus	5 cas sur 12
. 1 an à 2 ans	1 "
. 2 ans	3 "
. 3 ans	1 "
. + de 4 ans	2 "

9°) **Lésion .**

- . 3 fractures cranio faciales dont 1 cas avec hématome intra-cérébral
- . 9 commotions sans fractures décelées.

Dans 2 cas, lésions associées :

- . 1 cas de fracture de membres
- . 1 cas de contusions multiples

10°) **Examen neurologique :**

- . 7 cas sur 12 : rien à signaler
- . 2 hémipariésies dont 1 avec aphasie
- . 1 parésie
- . 1 incoordination motrice

11°) **Syndrome subjectif de traumatisés :**

. Céphalées	3 cas sur 12
. Vertiges	2 "
. Lenteur intellectuelle	3 "
. Troubles de la mémoire	6 "
. Troubles du sommeil	1 "
. Asthénie, fatigabilité	3 "
. Irritabilité	6 "
. Intolérance au bruit	4 "

Aucun n'a le syndrome complet, 2 n'ont pas le syndrome.

12°) **Examens faits :**

- . Electroencéphalogramme : 7 ont été faits sur 12

dont 2 normaux

5 perturbés (*signes de souffrance*

(ondes anormales temporales gauches

- . Examen ophtalmologique : 2 examens faits

dont 1 diplopie par paralysie oculaire

1 cécité

- . Examen oto-rhino-laryngologique : 2 examens faits

dont 1 hypoacousie

1 hyperexcitabilité labyrinthique

13°) Examens psychotechniques :

2 examens faits

14°) Examens psychiatriques : 3 examens faits

1 état névropathique

1 névrose d'angoisse

1 psychose (*mélancolie avec menace de suicide*)

15°) Syndrome épileptique :

Sur les 12 cas, 2 cas d'épilepsie connue avant le traumatisme crânien

Nature des accidents :

- . 9 cas de crises généralisées
- . 1 cas d'équivalents autres qu'absences
- . 2 cas d'absences

Fréquence :

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| . non précisée dans | 7 cas sur 12 |
| . 1 crise par jour | 1 " |
| . plusieurs crises par semaine | 1 " |
| . 1 crise par mois | 2 " |
| . Plusieurs crises par an | 1 " |

16°) Taux d'I.P.P. sur les 3 A.T.

- . 2 taux non fixés
- . 1 A.T. passé en maladie

VI - SUJETS EN ATELIERS PROTEGES

Nous n'étudierons pas en détail ces sujets qui sont au nombre de 2 et y sont depuis 1 à 2 ans.

Ce sont deux ouvriers du bâtiment ayant eu un traumatisme crânien en 1954 et 1956, accompagné de fracture, qui présentent tous deux des céphalées, vertiges, troubles de la mémoire, troubles du sommeil, irritabilité et intolérance au bruit.

Les électroencéphalogrammes sont dans les deux cas perturbés.

Au point de vue épilepsie, crises généralisées et équivalents l'un a une crise par mois avec plusieurs absences par semaine, l'autre a une crise par mois, le nombre d'équivalents n'ayant pas été précisé.

VII - DOSSIERS SANS SUITE PAR DEFAUT DE REPONSE

Au nombre de 4.

Nous savons sur ces 4 sujets, que l'un est décédé, un autre avait repris le travail mais n'a plus donné de réponse au courrier.

Si nous pouvons supposer que parmi les sujets ne donnant pas de réponses, certains ont pu résoudre leurs problèmes de reclassement par leurs propres moyens, il est à noter que peu d'épileptiques, parmi ceux qui nous ont été adressés, y sont parvenus.

Nous serons brefs sur ces 4 sujets, il s'agissait de :

- . 2 fractures cranio-faciales
- . 2 commotions sans fractures

L'examen médical était négatif dans 1 cas, pour les 3 autres, une hémiplégie, une hypertension intra-cranienne et un cas de troubles sensitivo-moteurs.

Aucun des 4 n'avait le "syndrome subjectif" complet, au point de vue syndrome épileptique, il s'agissait de 4 épilepsies post-traumatiques :

- . 2 cas de crises généralisées dont l'un avait plusieurs crises par semaine,
- . 2 cas d'équivalents.

CHAPITRE VI

ETUDES DE CAS ELABORES A L'AIDE DES DOSSIERS

DONNANT UNE IDEE PLUS NETTE DES PROBLEMES.

C A S N° 1

Etat d'instabilité semblant dater du traumatisme. Pronostic difficile.

Ces M né en 1931

. **Risque** : Invalidité

. **Antécédents** : Rien de particulier.

Enfance normale, dans un milieu familial normal. Passe son C.E.P., puis obtient un C.A.P. sur métaux.

Travaille ensuite comme tôlier pendant 5 mois, puis est embauché à l'I.N.S. comme chauffeur poids lourds.

. **Accident de la voie publique en Juillet 1957** :

5 jours de coma. Hospitalisation.

. **Lésion** : commotion sans fracture cranio faciale, mais avec un hématome ~~orbital~~ et des fractures multiples : fémur droit

fracture de la rotule (*patellectomi*)

fracture humérale gauche avec

paralysie radiale

traumatisme de la main droite

. **Signalement** :

Par lui-même 4 mois après - en Janvier 1958

. **A l'examen médical** :

Rien à signaler au point de vue neurologique

Syndrome subjectif des traumatisés incomplet

Céphalées

Pertes de mémoire

Nervosité plus ou moins dominée

. **Examen psychotechnique** :

Présentation : sujet grand, maigre, parlant vite, beaucoup et d'une manière confuse; "embrouillée".

Tests : bons résultats en intelligence concrète.

Rendement de petite moyenne.

Préhension malaisée.

Fait des oublis de calcul.

. **Décision de la Commission Technique d'Orientation** : en Mai 1958

RECHERCHE D'EMPLOI : manutentionnaire

Doit être repris par son ancien employeur.

Il est repris en effet en Mai 1958.

Voici la communication de l'employeur faite au service des suites de placement, en Septembre, 5 mois après :

"Le comportement de l'assuré au travail ne permet pas qu'on le garde. Perturbe tous les services. Ne fait rien".

Depuis, l'assuré ne donne plus de nouvelles.

C A S N° 2

Cas d'un sujet jeune, instable, où le traumatisme est venu compliquer un état antérieur mais n'est pas le facteur dominant du comportement et aurait plutôt joué le rôle de libérateur d'un frein.

PIL.... G né en 1930

. **Risque : A.T.**

. **Antécédents :**

Elevé dans un milieu ouvrier normal.

Est mis à l'école communale, mais est indiscipliné, "forte tête" est placé alors dans une école libre où il passe son C.E.P. Reste ensuite 2 ans dans un cours complémentaire mais se sauve de l'école 2 mois avant de passer le brevet.

Il est alors placé dans une ferme, vient à PARIS.

Se marie à 19 ans.

Se place comme monteure levageur.

Divers employeurs jusqu'en 1954 où il a un petit accident sans suite, à la suite duquel il reprend le même métier jusqu'en 1956.

. **Accident du travail en janvier 1956 :**

Chute de 5 étages

. **Lésion :** fracture temporo sphénoïdale droite, paralysie du facial droit, fracture associée du fémur et jambe gauche.

. **Signalement par le contrôle médical du Centre payeur en Septembre 1956**

Consolidation en Novembre 1956 avec I.P.P. 60 %

Essai de reprise du travail pendant 25 jours en Décembre, puis arrêt pour inaptitude médicale.

. **Examen médical :**

En dehors d'une paralysie faciale, rien d'autre à signaler au point de vue neurologique mais des céphalées, des vertiges.

L'assuré signale un changement de caractère, une irritabilité, une fatigabilité.

Se désintéresse de ses deux enfants, parle de divorcer.

Examen psychotechnique :

Présentation : tête peu sympathique, rictus de dédain

Tests : se classe très bien dans les épreuves intellectuelles :

- . de raisonnement
- . d'attention
- . de représentation spatiale.

Très bon en calcul

Au point de vue motricité : rendement irrégulier, nervosité.

Refuse une rééducation de câblage, et demande plutôt un placement. Puis ne donne plus de nouvelles pendant un certain temps et écrit alors qu'il est incarcéré pour un petit vol. Sort de prison et est incarcéré une deuxième fois pour le même motif.

Depuis ne répond plus au courrier.

C A S N° 3

Cas de désadaptation à la vie urbaine où les traumatismes ont joué le rôle de libérateur d'un frein, malgré les tentatives de rationalisation.

K.....Jean né en 1929

. **Risque** : A.T.

. **Antécédents** :

Fils unique de père inconnu, dont la mère vit maritalement avec différents concubins successifs.

Est mis en pension puis dans un orphelinat jusqu'à 13 ans.

Au point de vue études, élève moyen mais passe son C.E.P.

A 13 ans, est placé à la campagne chez des fermiers où il ne se sent pas heureux, mal payé, mal nourri. Il y reste jusqu'au service militaire.

Ajourné on ne sait pourquoi.

En 1954 s'engage mais est renvoyé après un mois et demi, pourquoi ? les précisions nous manquent.

Vient à Paris où il est embauché dans une industrie chimique comme O.S.2 trempeur. Il travaille 8 jours de nuit, 8 de jour, pendant 1 an.

Puis en 1957, accident du trajet un matin en revenant de son travail.

. **Lésion** : fracture du crâne, enfoncement du vertex, 5 jours de coma, 3 semaines d'hospitalisation.

Consolidé en Juin 1957 avec I.P.P. 25 %

Reprend son travail pendant la journée seulement en Juin 1957.

. **Signalement** : en Septembre 1957 par le Centre payeur

. **Examen médical** :

Normal au point de vue neurologique mais signale des vertiges, céphalées, une irritabilité, une intolérance au bruit et des troubles de la mémoire. Electroencéphalogramme perturbé.

Continue à travailler mais en octobre reprend son premier travail alternativement le jour et la nuit par périodes de 8 jours.

. **Nouvel accident en Janvier 1958:**

- . fracture occipitale
- . 5 jours de coma
- . plusieurs mois de repos

. **Nouveau signalement au début 1959 :**

Au point de vue médical : toujours vertiges et intolérance au bruit

C A S N° 4

Exemple d'une femme équilibrée, intelligente, pour laquelle une rééducation semblait souhaitable, mais pour laquelle le pronostic est bien incertain car l'état semble avoir évolué au cours de la réadaptation. Ici le syndrome subjectif est dominant.

LE..... Hug née en 1927

. **Risque** : A.T.

. **Antécédents** :

Rien de particulier.

Enfance normale, dans un milieu familial normal.

. **Métier** : serveuse.

En 1957 accident du travail.

Fracture du rocher gauche. Hospitalisation 2 mois

Consolidation le 13.2.1958 avec I.P.P. non connue

. **Signalement du Centre payeur en Juin 1958**:

A l'examen médical :

. **Examen neurologique** :

Quelques troubles de l'équilibre : Romberg, tremblement.

L'intéressée signale :

- . des cervicalgies
- . un engourdissement du bras droit à l'effort
- . des vertiges aux changements de position de la tête et du regard avec sensation de chute.
- . des céphalées intenses
- . des troubles de la vue
- . des troubles du sommeil avec cauchemars, insomnies

. **Examen oto-rhino-laryngologique** :

Inexcitabilité, labyrinthique gauche

Hyperexcitabilité labyrinthique droite

Hypoacousie

. **Examen psychotechnique** :

Présentation : bonne

Femme intelligente, bien équilibrée

Tests : niveau du C.E.P.

Motricité : fatigabilité du bras droit, rapide au bout de quelques minutes, n'arrive pas à tenir le rythme.

Pronostic réservé en faveur d'un stage de câbleuse radio.

• **Examen psychiatrique :**

Petite réaction névropathique

• **Commission technique d'Orientation :**

Rééducation câblage 9 mois au Centre "S.MASSON" en externat

Accord d'un stage préparatoire de 3 mois

Entre au Centre le 5.11.1958 en stage de préformation.

Notes du Centre "S.MASSON" :

Assez bons résultats dans le travail mais les troubles fonctionnels persistent.

Passage en section soudeuse câbleuse en Février 1959.

Notes en Juin 1959 :

Syndrome des traumatisés importants, nécessitant un traitement continu.

Incertitude quant à la terminaison du stage.

Sortie prévue pour le 4.11.1959

Pronostic réservé pour le placement.

C A S N ° 5

Cas d'un sujet jeune, parfaitement normal antérieurement mais dont l'avenir est bien sombre, qui relèverait d'un traitement et pourrait être placé ensuite dans un Atelier protégé. La gravité du cas pouvait être soupçonnée par la profondeur de la perte des capacités à la phase du réveil.

MAS..... Bernard né en 1938

. **Risque:maladie**

. **Métier** : garçon plombier

. **Antécédents** :

Enfance normale. Peu de facilités particulières pour l'étude mais suit néanmoins les cours du soir et apprend le même métier que son père.

. **Accident en Avril 1956:**

Est renversé par une voiture.

Traumatisme crânien avec coma pendant 30 jours. Subit une intervention chirurgicale au niveau de la région frontale et occipitale droite. Reste hospitalisé pendant 6 mois. Sa mère lui réapprend à marcher, lire, écrire, manger.

. **Signalement du Centre payeur en 1957 :**

. **A l'examen médical :**

Troubles de l'équilibre mais pas de chutes.

Dysmétrie, syndrome subjectif, céphalées, pertes de mémoire, quelques troubles caractériels avec absences.

. **A l'électroencéphalogramme :**

Rares ondes lentes

. **Examen psychotechnique :**

Niveau du C.E.P.

Motricité : grands gestes raides et hésitants mais assez précis.
Rendement faible.

Chute du niveau intellectuel, a besoin d'énoncer à haute voix tout ce qu'il a à faire.

Sur l'insistance de la mère et avec l'accord d'un employeur synpathisant (lui-même traumatisé crânien) un contrat de 18 mois est accordé comme "mécanicien auto" en désespoir de cause.

L'assuré commence à travailler en Mars 1958 puis le 9.12.1958, renvoi.

C A S N° 6

Cas mettant en relief la profondeur et surtout la pérennité des troubles fonctionnels.

BER..... Jean né en 1925

. **Risque** : A.T.

. **Antécédents** :

N'a pas fréquenté l'école.

Parents domestiques en maison bourgeoise.

Apprend seul à lire et écrire.

En 1939, crises d'asthme pendant 1 an.

Est tout d'abord apprenti dans le bâtiment, puis part au maquis et en Allemagne jusqu'en 1946.

Apprend la céramique d'art pendant 2 ans.

Puis est peintre en bâtiment jusqu'en Juin 1954.

. **Accident en Juin 1954** : chute

Perd connaissance durant un quart d'heure.

En Septembre 1954, retravaille pendant 1 mois mais souffre de céphalées, vertiges. Consolidé en Novembre 1954 avec I.P.P. : 67 %

Se place en Janvier 1956 dans une bibliothèque comme gardien jusqu'en Juillet 1956, date à laquelle il est licencié après une crise épileptique survenue pendant le travail.

. **Signalement au Reclassement Professionnel** à cette date.

. **Examen médical** : rien à signaler d'objectif.

Mais l'intéressé signale :

. des céphalées,

. des vertiges,

. des absences et malaises avec pertes de connaissance

. des pertes de mémoire,

. une intolérance au bruit, à la chaleur, à la lumière vive.

Radio du crâne : fracture occipitale et du conduit auditif interne droit.

. **Examen oto-rhino-laryngologique** : troubles labyrinthiques.

. **Electroencéphalogramme** : tracé altéré avec foyer de souffrance cérébrale à expression temporo pariétale droite.

. **Examen psychiatrique** :

Apparition d'un état dépressif réactionnel.

Asthénie, accès hyperthermiques, nausées, insomnies.

. **Commission Technique d'Orientation** :

Inapte actuellement

A traiter.

Plaintes de l'Employeur qui devait répéter plusieurs fois le même ordre oublié aussitôt par l'ouvrier et mal interprété.

Considéré comme dangereux pour lui-même et pour les autres, il est renvoyé.

Revu en Janvier 1959 par le psychotechnicien :
qui note une aggravation des réactions caractérielles.

Depuis l'intéressé ne s'est plus manifesté.

. Revu en 1958

Examen psychotechnique:

Les mêmes céphalées sont retrouvées, pertes de mémoire, intolérance au bruit, mais sont apparues des crises de larmes suivies d'un sommeil profond et d'une fatigue exténuante, à raison de 1 par mois. Bégaiement depuis 1 an et demi.

L'intéressé refuse la maladie, craint d'être pris pour un paresseux, se domine.

Aux tests : résultats médiocres.

. C.T.O. en Février 1958

Relève d'un atelier protégé.

Il entre au Centre "VIVRE" en mars 1958.

Une demande de secours est faite.

Notes du Centre "VIVRE" :

Ne pleure plus.

Rendement équivalent à la normale, mais fatigabilité rapide, ne peut travailler que 4 heures par jour, et au cours de ces 4 heures, s'absente souvent, ou souffre de malaises.

En outre insomnies.

C A S N° 7

Cas d'une reprise du travail au pronostic bien incertain. Peut-on parler ici de reclassement professionnel proprement dit, car s'il y a reprise de travail, peut-on dire que ce traumatisé soit dans un poste adapté à ses possibilités. Le poste de chronométrateur étant susceptible de créer des conflits.

PEN..... Jean né en 1930.

- **Risque** : Invalidité
 - **Antécédents** :
Fils unique d'un artisan cordonnier.
Scolarité primaire normale.
Passe ensuite un C.A.P. de tourneur, fraiseur, ajusteur, dessinateur industriel.
Travaille de 1948 à 1958 comme ouvrier hautement qualifié.
Part au régiment, puis à son retour, est repris par l'ancien employeur.
 - **En 1953** chute de moto. Coma 12 jours. Traumatisme crânien sans fracture mais polyfractures Arrachement du bras gauche avec amputation consécutive.
 - **Signalement de la Caisse Régionale en 1956** :
 - **Examen médical** :
Rien à signaler d'objectif mais l'intéressé signale :
 . des troubles du sommeil
 - **Electroencéphalogramme** :
Ondes lentes sporadiques temporales droites.
 - **Examen psychiatrique** :
Aigreur, affaiblissement intellectuel avec perte de l'autocritique.
Tendance paranoïaque.
 - **Examen psychotechnique** :
Trop confiant en ses capacités. Arrogant et en même temps crainte de ne pouvoir remplir convenablement la tâche qui lui sera proposée.

Au point de vue tests : a conservé quelque chose de ses connaissances, surtout au point de vue calcul. Enorme déficit sur le plan intellectuel
 - **1ère C.T.O.** : le juge irréclassable.
Revu en 1958.
 - **2° C.T.O.** : recherche d'emploi comme "O.S. contrôleur"

Echecs de divers placements. Refus des postes proposés.
Puis est placé avec proposition d'un contrat de 7 mois en Juin 1958.
Revendication de l'assuré, menace de renvoi de l'employeur.
 - **En Mars 1959** : est chronométrateur dans la même maison.
- Depuis plus de nouvelles.

C A S N° 8

Exemple d'un syndrome pur sans troubles antérieurs où la rééducation s'est effectuée sans histoire.

BON..... Claudine née en 1938

. **Risque** : A.T.

. **Antécédents** :

Rien de particulier.

Enfance et adolescence normales jusqu'au début de la vie professionnelle.

Niveau du C.E.P.

Est d'abord trieuse de graine puis manoeuvrière.

. **Accident en Août 1957** : I.P.P. 36 %

Fracture du rocher droit. Coma pendant 8 jours puis agitation.

. **Signalement en Avril 1958 par le Centre payeur** :

. **Examen médical** :

Rien à signaler

Syndrome subjectif net avec vertiges aux changements brusques de position de la tête, céphalées intermittentes surtout postérieures, troublant parfois le sommeil, irritabilité, intolérance au bruit.

. **Electroencéphalogramme** : normal

. **Fond d'oeil** normal

. **Examen oto-rhino-laryngologique** : hyperexcitabilité labyrinthique droite.

Reprend son travail d'avril à mai 1958, chez le même employeur mais ne peut poursuivre. Signale qu'elle ne peut plus lire longtemps, n'a plus de patience pour coudre.

. **Examen psychotechnique** :

Adaptation facile.

Assez bon rendement

. **C.T.O.** : Rééducation monteuse soudeuse 4 mois au Centre "S.MASSON" accordée en Juillet 1958, plus dans un but de réadaptation qu'en se basant sur les tests moyens.

Notes du Centre : bons résultats sur le plan travail mais fatigue due au transport, trajet de 1 heure.

Sort en Janvier 1959 en qualité de monteuse-soudeuse, est placée à sa sortie du Centre

C A S N° 9

Cas où l'I.P.P. ne semble pas correspondre à la gravité des séquelles.

REC.... François né en 1919

. **Risque** : A.T.

. **Antécédents** : Elevé en Espagne jusqu'à 19 ans.
Berger.

Puis au moment de la guerre d'Espagne, vient dans le Sud de la France où il se place comme grutier.

. **En mai 1952** : Chute d'un pylône
Fracture occipitale et des vertèbres cervicales.
"traîne" 18 mois chez lui, puis entre en rééducation fonctionnelle quelques mois.
Consolidation en 1953 avec I.P.P. 28 %
Reprend le même emploi 2 ans après l'accident mais au sol pendant 4 ans.
Jusqu'en Novembre 1957 où il vient à Paris où il travaille comme manoeuvre de janvier à mai 1958, date à laquelle il est signalé au Reclassement Professionnel.

. **Examen médical** :
Lentueur des réflexes. Apathie, pertes de mémoire, vertiges, céphalées occipitales, névralgies cervico-brachiales, troubles du sommeil et de la vue, sensations de "vertèbres qui se déplacent".

. **Examen psychotechnique** :
Tests très médiocres, très lente réflexion intellectuelle, lenteur des gestes, mémoire déficiente.
Ne sait plus rien en calcul.
Pas de changement net du caractère mais se sent un peu transformé.
Au point de vue personnalité, compense son handicap physique par des lectures compliquées auxquelles il ne comprend rien.
Est surtout obsédé par ses vertèbres cervicales.

. **C.T.O. : RECHERCHE D'EMPLOI "manoeuvre léger"**
Tout en sachant qu'elle est presque irréalisable, le marché du travail ne permettant que des emplois de manoeuvres de force.

Les résultats obtenus à l'examen psychotechnique ne permettent pas d'envisager une rééducation dans un Centre qualifié.

Les postes de sécurité ne peuvent pas être proposés en raison de la lenteur des réflexes.

CHAPITRE VII

Remarques générales et conclusion

Dans une revue de la Fédération Mondiale des Anciens Combattants d'Août 1956, nous trouvons les réponses de différents pays à un questionnaire concernant la réadaptation des blessés crâniens de guerre.

Nous citerons ici le cas de la Finlande qui semble le plus complet.

Il existe trois Etablissements :

- . l'Institut de Réadaptation d'Helsinki, Centre d'examen (*électroencéphalogramme, ventriculographie, artériographie, encéphalographie gazeuse*), de traitement (*neurochirurgie, traitement des états de souffrance, plasties du crâne, traitement des contractures etc...*), de réadaptation (*after care*). Par la suite on surveille particulièrement l'évolution des séquelles et l'apparition des complications. Des spécialistes en neuropsychiatrie, en psychologie, en oto-rhino-laryngologie et ophtalmologie suivent les intéressés. Une gymnastique spéciale et la pratique des sports ont été préconisées sur l'initiative du Professeur SHELLMAN. On y traite également les difficultés de la parole, de l'écriture, de la lecture. Y sont pratiqués, le chant, le dessin et des exercices d'arithmétique. Enfin, a été créé un atelier occupationnel de travail. Le traitement dure une année. Par la suite, sont orientés ceux pour lesquels est nécessaire un nouvel apprentissage, rééducation proprement dite.
- . The Kauniala Institute, hospice de travail pour les cas les plus graves où sont pratiqués entre autres métiers, le tissage de tapis, la broderie, le jardinage etc....
- . The Suitia Institute, qui est un atelier protégé mais où, en même temps, se poursuit le traitement. Il a pour but d'offrir des débouchés aux traumatisés qui, du fait de leurs blessures, ont des difficultés à obtenir un emploi sur le marché normal du travail. Les sujets y sont employés suivant leur état de santé et leurs compétences à divers travaux, agriculture, horticulture etc... Des cours de formation professionnelle ont été prévus, ils sont subventionnés par le Ministère des Affaires sociales et sanctionnés par une qualification de l'Ecole Nationale.

Ce centre permet de recevoir 60 à 70 blessés parmi les plus atteints, 30 à 100 % d'invalidité. Il existe deux bâtiments pour les célibataires, 22 maisons familiales sont, en outre, réservées aux blessés mariés. Il comprend des ateliers de menuiserie, tapisserie, etc... Ce sont les premiers traumatisés reçus dans le Centre qui l'agrandirent, le meublèrent, ils étaient payés selon le taux du district.

Dans l'ensemble, la rééducation professionnelle a été orientée vers l'artisanat où s'est spécialisée dans certaines branches de l'industrie en raison même des conditions économiques, la Finlande étant un pays où prédominent les petites industries et les industries rurales.

En France, il n'existe pas de service spécial de traitement, les traumatisés crâniens sont hospitalisés, soit en chirurgie générale, soit en neurologie où les traitements et examens sont très variables suivant les établissements.

En ce qui concerne la réadaptation-rééducation, les centres de rééducation les acceptent et ils peuvent alors bénéficier d'une rééducation mais il existe une certaine réserve pour de tels cas semblables à celles manifestées à l'égard des épileptiques.

Or, nous avons vu les grandes difficultés que rencontre le Centre de Reclassement Professionnel devant ce problème. Il est vrai, rappelons le que l'optique est plus sombre qu'elle ne devrait l'être en raison du recrutement spécial; les sujets examinés sont ceux qui, jusque là, n'ont pu, soit par leurs propres moyens, soit par relation, trouver une solution à leurs problèmes. Ils "trainent" depuis longtemps et l'état névropathique associé vient masquer et compliquer le syndrome originel.

Il est certes difficile d'énoncer les solutions qui pourraient être proposées. Nous nous permettons cependant de le faire à titre d'hypothèse.

Il conviendrait d'abord de stimuler toute initiative visant à augmenter nos connaissances sur la nature du syndrome dit "subjectif" des traumatisés crâniens et de son traitement. Il faudrait reconnaître son importance, ses incidences, sur le comportement psychologique et ses conséquences sociales et professionnelles.

Avec le plus de précisions possible, faire la part de ce qui est dû au traumatisme, de ce qui n'est que l'aggravation d'un état antérieur, en particulier les troubles du comportement. La perte de l'indépendance, la perte du contrôle de soi, toutes les réactions névrotiques surajoutées, font du traumatisé un malade chronique et réduisent sa capacité de gain au même titre que la perte d'une fonction physique.

Nous avons vu qu'il est malaisé de formuler un pronostic quant à la réussite d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle, et ceci du fait de la difficulté réelle à poser un véritable pronostic quant à l'avenir du syndrome. Cette situation, si on ne se décide à abandonner les gens à leur sort malheureux, oblige le Centre à proposer des essais de Reclassement qui restent malgré tout aléatoires. Cependant, il serait à conseiller que les signalements soient faits le plus précocement possible.

L'idéal serait un centre très spécialisé où chaque traumatisé du crâne serait reçu aussitôt après son accident, dans lequel des spécialistes neurologues, psychologues, neuropsychiatres et psychophysiologistes, seraient là pour étudier chaque cas de très près. En particulier, il y aurait lieu à notre avis, de suivre spécialement cette période de transition qui fait suite au coma, période d'abrutissement avec perte très profonde d'une partie des facultés acquises, se prolongeant parfois plus d'un mois, pour faire place souvent à une phase d'excitation où chaque phénomène perçu semble ressenti avec une intensité accrue et désordonnée. De cette phase de début étudiée de très près, peut-être, dépend le pronostic.

Toujours sous contrôle médical, serait mise en oeuvre la réadaptation professionnelle, dans l'ancien métier ou dans une branche d'emploi analogue et ceci suivant un programme par étapes successives.

La rééducation pourrait être entreprise dans les cas où une reprise du travail dans le même emploi est vraiment impossible, en tenant compte des aptitudes, des goûts de l'intéressé et de l'avis de son entourage. Dans ce cas, choisir des métiers parfaitement adaptés à chacun d'eux qui leur permettent plus tard de subvenir à leurs besoins économiques mais aussi qui soient pour eux une source de satisfactions. On ne peut, en effet, parler de reclassement professionnel que s'il y a reprise du travail et dans un poste le plus adapté possible.

Pour les cas graves, il serait bon de créer des Ateliers Protégés; à l'heure actuelle il n'existe qu'une centaine de places dans toute la France et pour tout handicapé quel qu'il soit, et qui sont jusqu'alors les fruits d'initiatives privées. Dans ces centres, les traumatisés crâniens pourront trouver un petit travail peu pénible, ne seront pas soumis à la contrainte d'un rendement normal (*cadence, horaire de travail*).

Il serait bon de réaliser l'emploi protégé dans des établissements industriels normaux, où des invalides de déficiences diverses pourraient être réunis.

Faciliter le travail à domicile, dans des conditions réglementaires et surveillées, accorder des allocations de compensation lorsque le gain procuré n'est pas suffisant.

Ne pas considérer, sauf pour les cas graves, l'Atelier Protégé comme un stade définitif, mais pour ceux dont la capacité de travail se serait améliorée, leur permettre de passer d'un emploi protégé à un emploi normal.

Pour les épileptiques,

Organiser le plus efficacement possible le traitement et la réadaptation.

Leur offrir le plus grand choix possible d'emplois et informer les employeurs des possibilités de travail de ces handicapés.

Stimuler le développement des emplois protégés pour ceux qui ne peuvent travailler dans des conditions normales.

Faire cesser, grâce à l'information, chez les employeurs, les ouvriers et le public en général, les préjugés tenaces et très défavorables, tant vis à vis des traumatisés crâniens en général que des épileptiques.

Enfin, réviser les taux de réparation appliqués aux traumatisés. Les remarques du Docteur KOUERNIK seraient à rappeler ici.

C O N C L U S I O N

- les cas de "traumatisés crâniens" qui aboutissent au Centre de Reclassement Professionnel ne sont pas tous des cas difficiles, mais tous les cas difficiles finissent par y aboutir. L'étude des problèmes posés par le reclassement des traumatisés crâniens vus au Centre peut, en raison de ce recrutement très spécial, paraître assez sombre et ne pas correspondre exactement au problème posé par l'ensemble des traumatisés crâniens.
- Il n'en reste pas moins que le Centre de Reclassement Professionnel est mieux placé que quiconque pour juger de ces cas puisqu'il intervient en fin de chaîne. De plus, il suit les traumatisés dans les Centres de Rééducation, est au courant des tentatives de placement par son service de "suites de placement", connaît le comportement des sujets qu'il est parvenu à placer.
- Le travail des psychotechniciens du Centre paraît être un des éléments les plus importants des travaux qui y sont exécutés.
- les services rendus sont indiscutables puisque 53,1 % des traumatisés qui lui ont été signalés ont été placés par lui ou sont en voie de l'être.
- La rééducation des "épileptiques" apparaît comme absolument décevante, compte tenu du recrutement spécial au Centre.
- Une appréciation plus nuancée des taux d'I.P.P. et la création d'ateliers protégés paraissent éminemment souhaitables.

BIBLIOGRAPHIE

- Contribution à l'étude de l'épileptique au travail par les
Docteurs R. TROTOT, C. VEIL, LAMBERT, TROLLOT, AMIEL.

 . extrait de la Semaine des Hôpitaux 35ème année - N°25 - 26
 14 Juillet 1959
- L'imparfait du subjectif de KOUPERNIK

 . extrait du concours médical N°24 - 13 Juin 1959 - 81ème année.
- Report N°36 - Group for the Advancement of Psychiatry
 Février 1957 - The Persons with Epilepsy at work
- Docteur OFFERLE

 Pratique du Contrôle Médical
 Janvier 1958
- Docteur JOUTARD

 Le Reclassement Professionnel de la C.P.C.S.S.R.P.

 Annales de Médecine Praticienne et Sociale
 10ème année - N°128 - Août 1954
- Centre de Reclassement Professionnel de la C.P.C.S.S.R.P.

 Thèse de Yves Jules BLIN - PARIS 1955
- Charles NAHOUM

 Le travail humain
 XVIème année - Juillet - Décembre 1953
- Docteur Jacques Hubert DREYFUS

 2.3.1959
 Indemnisation des traumatisés crâniens
- Institute for the Rehabilitation of Brain - Injured Veterans :
 The Treatment and After - Gare of Brain - Injured Veterans
 in FINLAND 1941 - 1958.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	2
CHAPITRE I Fonctionnement général du Centre de Reclassement Professionnel	3
CHAPITRE II Reclassement Professionnel et traumatisés crâniens	34
CHAPITRE III Tableaux statistiques généraux . portant sur les 256 traumatisés . par population active et inactive	42
CHAPITRE IV Tableaux annexes	58
CHAPITRE V Reclassement Professionnel et épileptiques	81
CHAPITRE VI Etude de cas	109
CHAPITRE VII Remarques générales et conclusion	123
BIBLIOGRAPHIE	128

